

**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 julio de 2024

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

Este documento contiene información relativa a los medicamentos que están cubiertos cuando usted participa en los planes de seguro médico 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 (<i>amoxicilina</i>)	2

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

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

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

Niveles de medicamentos

Diseño de beneficios por niveles

La Lista de medicamentos recetados disponibles se aplica a un Diseño de Beneficios por niveles, en el que el asegurado paga un costo compartido por el tratamiento con medicamentos recetados basado en el nivel del medicamento, y el copago o el coseguro. En la mayoría de los casos, los medicamentos disponibles en versión genérica estarán cubiertos en un nivel separado inferior (menor copago) y los medicamentos de marca que aparecen en la Lista de medicamentos recetados disponibles estarán cubiertos en un nivel superior (mayor copago). 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 médicamente necesario, la receta es surtida por un proveedor de farmacia de la red de MedImpact y se siguen otras reglas de cobertura. Los medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC) no suelen estar cubiertos; sin embargo, ciertos medicamentos preventivos OTC están cubiertos cuando los receta un médico, tales como la aspirina, los suplementos de hierro y los medicamentos para dejar de fumar. También está cubierto el equipo médico duradero recetado por un médico para tratar la diabetes o para ayudar a los dispositivos de inhalación.

La Lista de medicamentos recetados disponibles enumera los beneficios de farmacia cubiertos por su beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y obtenidos en una farmacia minorista 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/mailemail 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 ayudarle.

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

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

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

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

Por correo electrónico: www.insurance.ca.gov

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

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

o por correo postal o teléfono a:

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

Los formularios de quejas están disponibles en:

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



KAISER PERMANENTE®
Kaiser Permanente Insurance Company
Notice of Language Assistance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla de Contenido

Informational Section.....	1
Agentes Antiinfecciosos.....	1
Agentes Antiinfecciosos - Drugs For Infections.....	1
Agentes De Terapia Gastrointestinal.....	32
Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach.....	32
Agentes De Terapia Respiratoria - Drugs For The Lungs.....	79
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar.....	101
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver.....	102
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos.....	102
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos - Drugs For Pain And Fever.....	103
Anestésicos - Drugs For Pain And Fever.....	141
Anthelmintic.....	142
Anthelmintic - Drugs For Cancer.....	143
Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women.....	168
Antiparkinson Adjuvant - Comt Inhibitors - Drugs For Metabolic Disease.....	186
Antiporphyria Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning.....	186
Antiseptic - Chlorine Releasing.....	189
Antiseptic - Chlorine Releasing - Drugs For The Heart.....	190
Antiseptics And Disinfectants.....	225
Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood.....	225
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales.....	246
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales - Drugs For Nutrition.....	246
Biológicos.....	311
Biológicos - Biological Agents.....	311
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Drugs For The Mouth And Throat.....	326
Clase Fdb Obsoleta-No Usada.....	331
Colonic Acidifier (Ammonia Inhibitor) - Drugs For Addiction.....	332
Dermatological - Antineoplastic Retinoids - Vitamins And Minerals.....	336
Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants.....	336
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine - Drugs For The Nervous System.....	338
Dopamine D1 Receptor Agonists, Antihypertensive - Drugs For The Urinary System.....	416
Endocrino.....	416
Endocrino - Hormones.....	417
Gastrointestinal Prokinetic Combinations - Drugs For The Nervous System.....	451
Hematologic Agent In Vitro - Red Cell Rejuvenation Agents.....	455
Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations.....	455
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations.....	457
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations - Drugs For The Skin.....	457
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment.....	541
Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics.....	664
Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear.....	668
Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein Iib/Iiia Receptor Inhib - Antiseptics And Disinfectants..	669
Productos Vaginales - Drugs For Women.....	671
Sistema Locomotor.....	673
Sistema Locomotor - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones.....	674
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb.....	679
Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals.....	799
Terapia De Gota E Hiperruricemia - Drugs For Pain And Fever.....	811

Terapia De Trastorno Cognitivo	812
Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System	813
Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System	814
Terapia Para Trastorno Alimentario	825
Terapia Para Trastorno Alimentario - Drugs For Eating Disorders	825
Thyroid Therapy	828
Thyroid Therapy - Drugs That Alter Metabolism	828
Vitamins - E	831
Vitamins - E - Drugs For The Eye	832

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Alternative Therapy - Topical Anti-Inflammatory Agents - Antibiotics		
PASER ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 4 GRAM (aminosalicylic acid)	Tier 2	
Amebicidas - Drugs For Parasites		
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
Aminoglycoside Antibiotic - Drugs For Viral Infections		
EDURANT ORAL TABLET 25 MG (rilpivirine HCl)	Tier 2	
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (etravirine)	Tier 2	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG (doravirine)	Tier 2	
Aminopenicillin Antibiotic - Antibiotics		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	Tier 1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MOXATAG ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 775 MG (amoxicillin)	Tier 2	
Antagonista De Folato Antibacteriano - Otras Combinaciones - Antibiotics		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	Tier 1	
SULFATRIM ORAL SUSPENSION 200-40 MG/5 ML (sulfamethoxazole/trimethoprim)	Tier 1	
Antagonista De Folato Antibacteriano Otros - Antibiotics		
PRIMSOL ORAL SOLUTION 50 MG/5 ML (trimethoprim)	Tier 2	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
Antibacterial Agents - Drugs For Viral Infections		
SOVALDI ORAL PELLETS IN PACKET 150 MG, 200 MG (sofosbuvir)	Tier 3	PA
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sofosbuvir)	Tier 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)	Tier 3	
Antibióticos De Alcaloides De Protoberberina Cuaterniana - Antibiotics		
<i>berberine chloride oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BERBERINE ES-5 ORAL CAPSULE 200 MG (dihydroberberine)	Tier 2	
Antibióticos De Aminoglucósido - Antibiotics		
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML (amikacin sulfate liposomal with nebulizer accessories)	Tier 3	PA
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
Antibióticos De Aminometilciclina - Antibiotics		
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (omadacycline tosylate)	Tier 2	PA
Antibióticos De Aminopenicilina - Combinaciones De Inhibidor De Beta-Lactamasa - Antibiotics		
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	Tier 1	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Amoxicillin/Potassium Clavulanate in 120 days; QL (150 ML per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibióticos De Fluoroquinolona - Antibiotics		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG (delafloxacin meglumine)	Tier 2	PA
CIPRO ORAL SUSPENSION, MICROCAPSULE RECON 250 MG/5 ML, 500 MG/5 ML (ciprofloxacin)	Tier 2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Tier 1	
FACTIVE ORAL TABLET 320 MG (gemifloxacin mesylate)	Tier 2	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	Tier 1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
Antibióticos De Oxazolidinona - Antibiotics		
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG (tedizolid phosphate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Linezolid 600mg tablets in 120 days; QL (6 EA per 6 days)
Antibióticos De Pleuromutilina - Antibiotics		
XENLETA ORAL TABLET 600 MG (lefamulin acetate)	Tier 2	PA
Antibióticos De Sulfonamidas - Antibiotics		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibióticos De Tetraciclina - Antibiotics		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
DORYX MPC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 60 MG (doxycycline hyclate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Doxycycline Monohydrate or Hyclate 50mg/100mg IR tablets or capsules in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
DORYX ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 80 MG (doxycycline hyclate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 150mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Doxycycline Hyclate 50mg capsules or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules or tablets in 120 days; QL (4 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg, 80 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule, ir - delay rel, biphasic 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 50mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibióticos Macrólidos - Antibiotics		
<i>azithromycin oral packet 1 gram</i>	Tier 1	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	Tier 1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML (fidaxomicin)	Tier 2	QL (10 ML per 1 day)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (fidaxomicin)	Tier 2	QL (20 EA per 10 days)
erythromycin ethylsuccinate (E.E.S. 400 Oral Tablet 400 Mg)	Tier 1	
erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet, Delayed Release (Dr/Ec) 250 Mg, 500 Mg)	Tier 1	
ERYTHROCIN (AS STEARATE) ORAL TABLET 250 MG (erythromycin stearate)	Tier 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	
<i>erythromycin oral capsule, delayed release (dr/ec) 250 mg</i>	Tier 1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antifungal - Glucan Synthesis Inhibitor, Triterpenoid - Antibiotics		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG (ibrexafungerp citrate)	Tier 2	PA
Antifungal - Glucan Synthesis Inhibitors - Antibiotics		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG (ibrexafungerp citrate)	Tier 2	PA
Antifungal - Tetrazoles - Drugs For Fungus		
VIVJOA ORAL CAPSULE 150 MG (oteseconazole)	Tier 2	PA
Antifungal Other - Drugs For Viral Infections		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Antifungals - Drugs For Viral Infections		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	Tier 1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	Tier 1	
Antifúngico - Agentes De Tipo Pirimidina Fluorada - Drugs For Fungus		
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Antifúngico - Triazoles - Drugs For Fungus		
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG (isavuconazonium sulfate)	Tier 2	PA
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG (posaconazole)	Tier 2	PA
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Tier 1	PA
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	Tier 1	PA
TOLSURA ORAL CAPSULE, SOLID DISPERSION 65 MG (itraconazole)	Tier 2	PA
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Antifúngicos - Alilaminas - Drugs For Fungus		
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	
Antihyperglycemic - Insulin-Release Stimulant Type - Antibiotics		
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (bedaquiline fumarate)	Tier 3	PA
Antileprótico - Agentes De Sulfona - Antibiotics		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
Antipalúdicos - Drugs For Parasites		
ARAKODA ORAL TABLET 100 MG (tafenoquine succinate)	Tier 2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	QL (36 EA per 16 days)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 16 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	QL (100 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG (tafenoquine succinate)	Tier 2	QL (2 EA per 1 FILL)
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	
<i>primaquine oral tablet 26.3 mg (15 mg base)</i>	Tier 2	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Tier 3	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Tier 1	
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Tier 2	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
Antiparkinson Adjuvant - Peripheral Dopa-Decarboxylase Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG (sofosbuvir/velpatasvir)	Tier 2	PA
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG (sofosbuvir/velpatasvir)	Tier 2	PA
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG (ledipasvir/sofosbuvir)	Tier 2	PA
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG (ledipasvir/sofosbuvir)	Tier 2	PA
Antiprotozoario-Antibacteriano De 1Era Generación 2-Metil-5-Nitroimidazol - Drugs For Infections		
LIKMEZ ORAL SUSPENSION 500 MG/5 ML (metronidazole)	Tier 2	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	Tier 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Antiprotozoario-Antibacteriano De 2Da Generación 2-Metil-5-Nitroimidazol - Drugs For Infections		
SOLOSEC ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 2 GRAM (secnidazole)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clindamycin HCL, Clindamycin Palmitate HCL, Clindamycin Phosphate, Metronidazole, or Tinidazole in 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Antiretroviral - Análogos De Nucleósido Y Nucleótido, Inhibidores De Proteasa - Drugs For Viral Infections		
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG (darunavir eth/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide)	Tier 2	
Antiretroviral - Cd4 Attachment Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG (fostemsavir tromethamine)	Tier 2	PA
Antiretroviral - Comb De Inhibidores De Transcriptasa Inversa De Nucleósido (Nrti) - Drugs For Viral Infections		
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	Tier 1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiretroviral - Combinaciones De Análogos De Nucleósido E Inhibidor De Integrasa - Drugs For Viral Infections		
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG (abacavir sulfate/dolutegravir sodium/lamivudine)	Tier 2	
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG (abacavir sulfate/dolutegravir sodium/lamivudine)	Tier 2	
Antiretroviral - Combinaciones De Inhibidor De Integrasa Y Nnrti - Drugs For Viral Infections		
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG (dolutegravir sodium/rilpivirine HCl)	Tier 2	
Antiretroviral - Combinaciones De Inhibidor De Integrasa Y Nrti - Drugs For Viral Infections		
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG (dolutegravir sodium/lamivudine)	Tier 2	
Antiretroviral - Combinaciones De Rtis Análogos De Nucleósido Y Nucleótido - Drugs For Viral Infections		
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG (lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate)	Tier 2	
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
Antiretroviral - Inhibidores De Fusión Vih-1 - Drugs For Viral Infections		
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG (enfuvirtide)	Tier 2	
Antiretroviral - Inhibidores De Transcriptasa Inversa Análoga Nucleótido - Drugs For Viral Infections		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
Antiretroviral - Inhibidores De Transcriptasa Inversa De Nucleósido (Nrti) - Drugs For Viral Infections		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	
<i>didanosine oral capsule, delayed release(drlec) 250 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML (emtricitabine)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	
Antiretroviral - Inhibidores De Transferencia De Sepa De Integrasa Vih-1 - Drugs For Viral Infections		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (cabotegravir)	Tier 0	ST: Must meet any of the following requirements: Descovy or generic Truvada in 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY IS 3, DAY SUPPLY LIMITED TO 21, FILL OF 7 IN 365 DAYS, AND USED FOR PREVENTION OF HIV; Age (Min 12 Years)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	Tier 0	ST: Must meet any of the following requirements: Descovy or generic Truvada in 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY IS 3, DAY SUPPLY LIMITED TO 21, FILL OF 7 IN 365 DAYS, AND USED FOR PREVENTION OF HIV; Age (Min 12 Years)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG (raltegravir potassium)	Tier 2	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (raltegravir potassium)	Tier 2	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG (raltegravir potassium)	Tier 2	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG (raltegravir potassium)	Tier 2	
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG (dolutegravir sodium)	Tier 2	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG (dolutegravir sodium)	Tier 2	
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG (cabotegravir sodium)	Tier 2	Age (Min 12 Years)
Antituberculosos - Derivados De Ácido Isonicotínico - Antibiotics		
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
Antituberculosos - Rifamicinas Y Derivados - Antibiotics		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (rifapentine)	Tier 2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
Cephalosporin Antibiotics - 1St Generation - Antibiotics		
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Cephalosporin Antibiotics - 2Nd Generation - Antibiotics		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Cephalosporin Antibiotics - 3Rd Generation - Antibiotics		
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	Tier 1	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Chemicals - Acids - Antibiotics		
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
Chemicals - Bases - Antibiotics		
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG (ethionamide)	Tier 2	
Chemicals-Pharmaceutical Adjuvants - Antibiotics		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Single Agents - Drugs For Parasites		
LAMPIT ORAL TABLET 120 MG, 30 MG (nifurtimox)	Tier 2	
Cmv Antiviral Agent - Inorganic Pyrophosphate Analogs - Antibiotics		
<i>pretomanid oral tablet 200 mg</i>	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
Cmv Antiviral Agent - Protein Kinase Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG (maribavir)	Tier 3	PA
Combinaciones De Antirretrovirales - Inhibidores De Proteasa - Drugs For Viral Infections		
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (atazanavir sulfate/cobicistat)	Tier 2	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hepatitis C - Análogos De Nucleósido - Drugs For Viral Infections		
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	Tier 1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
Hepatitis C - Comb De Inhib De Proteasa Ns5a, Ns3/4A, Nucleo.Ns5b Polimerasa - Drugs For Viral Infections		
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG (sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir)	Tier 3	PA
Hepatitis C - Inhibidor De Ns5a Y Combinación De Inhibidor De Proteasa Ns3/4A - Drugs For Viral Infections		
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET 50-20 MG (glecaprevir/pibrentasvir)	Tier 3	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG (glecaprevir/pibrentasvir)	Tier 3	PA
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG (elbasvir/grazoprevir)	Tier 3	PA
Hepatitis C - Interferones - Drugs For Viral Infections		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML (peginterferon alfa-2a)	Tier 2	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML (peginterferon alfa-2a)	Tier 2	PA
Influenza-Agentes Antivirales A - Drugs For Viral Infections		
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidores De Proteasa (No-Peptídico) Antiretrovirales - Drugs For Viral Infections		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG (tipranavir)	Tier 2	
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Tier 2	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML (darunavir)	Tier 2	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (darunavir)	Tier 2	
Inhibidores De Proteasa (Peptídico) Antiretrovirales - Drugs For Viral Infections		
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (atazanavir sulfate/cobicistat)	Tier 2	
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	Tier 1	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (ritonavir)	Tier 2	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG (atazanavir sulfate)	Tier 2	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG (nelfinavir mesylate)	Tier 2	
Macrolide Antibiotics - Drugs For Parasites		
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	Tier 1	
Macrolide Combinations - Antibiotics		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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)	Tier 1	
Macrolide Combinations Other - Drugs For Viral Infections		
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG (bictegravir sodium/emtricitabine/tenofovir alafenamide fumar)	Tier 2	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG (elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide)	Tier 2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG (elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir disoproxil)	Tier 2	
Medical Supplies And Dme - Nasal Dilator Strips - Drugs For Viral Infections		
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG (emtricitabine/rilpivirine HCl/tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG (doravirine/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i>	Tier 1	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	Tier 1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG (emtricitabine/rilpivirine HCl/tenofovir alafenamide fumarate)	Tier 2	
Medical Supplies And Dme - Nebulizers - Antibiotics		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Respiratory Therapy Supplies - Drugs For Parasites		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	Tier 1	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG (miltefosine)	Tier 2	PA
Penicillin Antibiotic - Natural - Antibiotics		
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Penicillin Antibiotic - Penicillinase-Resistant - Antibiotics		
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Quinolone Antibiotics - Drugs For Viral Infections		
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML (maraviroc)	Tier 2	
Rifamicinas Y Antibióticos Derivados Relacionados - Antibiotics		
AEMCOLO ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 194 MG (rifamycin sodium)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Azithromycin, Cipro, Ciprofloxacin HCL, Ciprofloxacin, Ciprofloxacin/ciprofloxacin HCL, Levofloxacin, or Ofloxacin in 120 days; QL (12 EA per 1 FILL)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (rifapentine)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG (rifaximin)	Tier 2	PA
Sars-Cov-2 Antiviral Agent - Main Protease (Mpro) Inhibitors - Drugs For Infections		
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG (nirmatrelvir/ritonavir)	Tier 0	QL (20 EA per 28 days); Age (Min 12 Years)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG (nirmatrelvir/ritonavir)	Tier 0	QL (30 EA per 28 days); Age (Min 12 Years)
Sars-Cov-2 Antiviral Agent - Rna Polymerase Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
LAGEVRIO (EUA) ORAL CAPSULE 200 MG (molnupiravir)	Tier 0	QL (40 EA per 29 days); Age (Min 18 Years)
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (remdesivir)	Tier 0	MEDICAL BENEFIT; QL (11 EA per 10 days)
Tetracycline Antibiotics And Combinations - Drugs For Fungus		
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Tier 1	
Tetracycline Antibiotics Combinations - Drugs For Fungus		
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
ORAVIG BUCCAL MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 50 MG (miconazole)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Tratamiento De Hepatitis B - Análogos De Nucleósidos (Antivirales) - Drugs For Viral Infections		
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML (entecavir)	Tier 2	QL (630 ML per 30 days)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
Tratamiento De Hepatitis B - Análogos De Nucleótidos (Antivirales) - Drugs For Viral Infections		
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG (tenofovir alafenamide)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
Varias Combinaciones De Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Tier 1	
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
URIBEL TABS ORAL TABLET 81.6-0.12-10.8 MG (methenamine/methylene blue/benzoic acid/salicylat/hyoscyamin)	Tier 2	
URIMAR-T ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URIMAR-T ORAL TABLET 120-10.8-0.12 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URNEVA ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URO-458 ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 1	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Tier 1	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 1	
Varios Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Tier 1	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	Tier 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Terapia Gastrointestinal		
Fecal Microbiota Transplantation (Fmt)		
REBYOTA RECTAL ENEMA 150 ML (fecal microbiota, live-jslm)	Tier 3	PA
VOWST ORAL CAPSULE (fecal microbiota spores, live-brpk)	Tier 3	PA
Gastric Acid Secretion Reducer - Potassium-Competitive Acid Blockers		
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (vonoprazan fumarate)	Tier 2	PA
Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach		
Acidificante Colónico (Inhibidor De Amoníaco) - Drugs For The Stomach		
lactulose (Enulose Oral Solution 10 Gram/15 Ml)	Tier 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Tier 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml (15 ml)</i>	Tier 1	
Agente De Intestino Inflamatorio - Aminosalicilatos Y Agentes Relacionados - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	Tier 1	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG (olsalazine sodium)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Mesalamine DR in 120 days
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	Tier 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	Tier 1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i>	Tier 1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	Tier 1	
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml</i>	Tier 1	
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG (mesalamine)	Tier 2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Tier 1	
Agente De Intestino Inflamatorio - Antagonista De Receptor De Integrina, Anticuerpo Mc - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 108 MG/0.68 ML (vedolizumab)	Tier 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)	Tier 3	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente De Intestino Inflamatorio - Inhibidores De Quinasa De Janus (Jak) - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG (upadacitinib)	Tier 3	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (tofacitinib citrate)	Tier 3	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG (tofacitinib citrate)	Tier 3	PA
Agente Ibs - Antagonistas Selectivos De Receptor 5-Ht3 - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	
Agente Ibs - Inhibidor De Intercambiador De Sodio-Hidrógeno 3 (Nhe3) - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
IBSRELA ORAL TABLET 50 MG (tenapanor HCl)	Tier 2	PA
Agentes Antidiarreicos Opioides - Drugs For Diarrhea		
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Tier 1	
Agentes De Síndrom De Colon Irritable (Ibs) - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (eluxadoline)	Tier 2	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZELNORM ORAL TABLET 6 MG (tegaserod hydrogen maleate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Linzess and Lubiprostone in 365 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Max 64 Years)
Agentes De Síndrome Del Intestino Corto (Sbs) - Drugs For The Stomach		
<i>glutamine oral powder 100 %</i>	Tier 1	
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Tier 3	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Tier 3	
Agentes Procinéticos Gastrointestinales - Antagonista D2/Agonistas 5-Ht4 - Drugs For The Stomach		
GIMOTI NASAL SPRAY WITH PUMP 15 MG/SPRAY (metoclopramide HCl)	Tier 3	PA
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Agentes Solubilizantes De Cálculos Biliares (Litolisis) - Drugs For The Stomach		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Tier 3	PA
RELTONE ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG (ursodiol)	Tier 2	PA
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	PA
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Amebicide Combinations - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (linaclotide)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG (plecanatide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Linzess and Lubiprostone in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Antidiarreico - Inhibidor De Triptófano De Hidroxilasa - Drugs For Diarrhea		
XERMELO ORAL TABLET 250 MG (telotristat etiprate)	Tier 3	PA
Antiemético - Antagonistas De Dopamina (D2)/5-Ht3 - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>trimethobenzamide oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
Antiemético - Antagonistas De Receptores De Sustancia P-Neurokina 1 (Nk1) - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 21 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 21 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	Tier 1	QL (3 EA per 21 days)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.) (aprepitant)	Tier 2	QL (3 EA per 21 days)
VARUBI ORAL TABLET 90 MG (rolapitant HCl)	Tier 2	QL (2 EA per 14 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet, disintegrating 0.125 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Tier 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET, EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (hyoscyamine sulfate)	Tier 2	
Asthma Therapy - Alpha/Beta Adrenergic-Expectorant Combinations - Drugs For The Stomach		
DAIRY RELIEF ORAL TABLET 3,000 UNIT, 4,500 UNIT, 9,000 UNIT (lactase)	Tier 1	
<i>lactase oral tablet 3,000 unit, 9,000 unit</i>	Tier 1	
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML (sacrosidase)	Tier 3	PA
Asthma Therapy - Leukotriene Modulators - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
Asthma Therapy - Leukotriene Receptor Antagonists - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
ACIPHEX SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 10 MG, 5 MG (rabeprazole sodium)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole Sodium in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>dexlansoprazole oral capsule, biphase delayed releas 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(drlec) 40 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Asthma Therapy - Xanthine-Alpha/Beta Adrenergic-Barbitur-Antihist Comb - Drugs For Vomiting And Nausea		
ANZEMET ORAL TABLET 50 MG (dolasetron mesylate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Ondansetron tablets or ODT in 120 days; QL (8 EA per 1 FILL)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Ondansetron tablets or ODT in 120 days; QL (8 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (50 ML per 15 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 3.1 MG/24 HOUR (granisetron)	Tier 2	QL (1 EA per 7 days)
Asthma Therapy - Xanthine-Alpha/Beta Adrenergic-Barbiturate Comb - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	Tier 1	
Asthma Therapy - Xanthine-Expectorant Combinations - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	Tier 1	QL (112 EA per 10 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMECLAMOX-PAK ORAL COMBO PACK 20 MG-500 MG-500 MG (40) (omeprazole/clarithromycin/amoxicillin trihydrate)	Tier 2	
TALICIA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 10-250-12.5 MG (omeprazole magnesium/amoxicillin trihydrate/rifabutin)	Tier 2	QL (168 EA per 14 days); Age (Min 18 Years)
Combinaciones De Absorbentes-Modificadores De Flora Intestinal Antidiarreico Gi - Drugs For Diarrhea		
ACIDOPHILUS-PECTIN ORAL CAPSULE 75 MILLION CELL -100 MG (Lactobacillus acidophilus/pectin)	Tier 2	
Combinaciones De Antiácido Otros - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
ALKA-SELTZER PM (MELATONIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 250-1.5 MG (calcium phosphate, tribasic/melatonin)	Tier 2	
Cough And Cold Or Allergy Combinations Other - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg (241.3 mg magnesium)</i>	Tier 1	
Estreñimiento Idiopático Crónico Agentes - Agonistas De Guanilata Ciclasa-C (Gc-C) - Drugs For Constipation		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (linaclotide)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREBIOTIC FIBER ORAL TABLET,CHEWABLE 2 GRAM (inulin)	Tier 1	
PREBIOTIC INULIN-FOS ORAL POWDER 3 GRAM/3.8GRAM (SCOOP) (fructooligosaccharides/inulin)	Tier 2	
<i>psyllium husk (with sugar) oral powder 3 gram/7 gram</i>	Tier 1	
<i>psyllium husk oral capsule 0.4 gram</i>	Tier 1	
REGULOID (ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk/aspartame)	Tier 1	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK) ORAL CAPSULE 0.4 GRAM (psyllium husk)	Tier 1	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK) ORAL POWDER 3 GRAM/5.4 GRAM (psyllium husk)	Tier 1	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Tier 2	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Tier 1	
SMOOTH TEXTURE FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk/aspartame)	Tier 1	
Fdb Class Undefined - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (eluxadoline)	Tier 2	PA
Gastrointestinal - Agentes Procinéticos - Agonistas De Receptor De 5-Ht4 - Drugs For The Stomach		
MOTEGRITY ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (prucalopride succinate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Linzess in 120 days; QL (1 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
H.Pylori Therapy-Potassium-Competitive Acid Blocker And Antibiotics - Drugs For The Stomach		
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL COMBO PACK 20 MG (28)-500 MG (84) (vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate)	Tier 2	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL COMBO PACK 20-500-500 MG (vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate/clarithromycin)	Tier 2	PA
Hepatitis C Treatment Agents - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
ZELNORM ORAL TABLET 6 MG (tegaserod hydrogen maleate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Linzess and Lubiprostone in 365 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Max 64 Years)
Inflammatory Bowel Agent - Interleukin-23 (IL-23) Inhibitor, Mc Ab - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
OMVOH PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (mirikizumab-mrkz)	Tier 3	PA
OMVOH SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (mirikizumab-mrkz)	Tier 3	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) (risankizumab-rzaa)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inflammatory Bowel Agent - Sphingosine 1-Phosphate Receptor Modulator - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG (etrasimod arginine)	Tier 3	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Tier 3	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Tier 3	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (ozanimod hydrochloride)	Tier 3	PA
Laxantes - Combinaciones De Estimulantes Y Salinas/Osmóticas - Drugs To Prevent Constipation		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML (sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 320, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (320 ML per 1 FILL)
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML (sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 350, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (350 ML per 1 FILL)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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 sod/vit C)	Tier 0	ST: Must meet the following requirement: Sutab, Clenpiq, or generic bowel prep in 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY IS 3, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (3 EA per 1 FILL)
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 354, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (354 ML per 1 FILL)
SUFLAVE ORAL RECON SOLN 178.7-7.3-0.5 GRAM (peg 3350/sodium sulfate,chloride/potassium chlor/magnesium)	Tier 0	ST: Must meet the following requirement: Sutab, Clenpiq, or generic bowel prep in 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY IS 2, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (2 EA per 1 FILL)
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM (sodium sulfate/potassium chloride/magnesium sulfate)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 24, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (24 EA per 1 FILL)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Lung Surfactants - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
ABRILADA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 3	PA
ABRILADA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 3	PA
<i>adalimumab-aacf subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-adbm subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-adbm subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYRIMOZ PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.2 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA
IDACIO(CF) PEN CROHN-UC STARTR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA
IDACIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA
IDACIO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML (adalimumab-ryvk)	Tier 3	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (golimumab)	Tier 2	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (golimumab)	Tier 2	PA
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA
YUSIMRY(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aqvh)	Tier 3	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 3	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 3	PA
Medical Supplies And Dme - Diabetic Supplies - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
KONVOMEPEP ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2-84 MG/ML (omeprazole/sodium bicarbonate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 ML per 1 day)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral packet 20-1,680 mg, 40-1,680 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Medical Supplies And Dme - Diaphragms - Drugs For Vomiting And Nausea		
BONJESTA ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 20-20 MG (doxylamine succinate/pyridoxine HCl (vitamin B6))	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
<i>doxylamine-pyridoxine (vit b6) oral tablet, delayed release (dr/ec) 10-10 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
Medical Supplies And Dme - Irrigation-Type Syringes - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
Mezclas De Enzimas Digestivas - Drugs For The Stomach		
BEVITROL ORAL CAPSULE 9,000-112,500- 112,500 UNIT (lipase/protease/amylase)	Tier 2	
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT (lipase/protease/amylase)	Tier 2	
GASTRACID ORAL CAPSULE 100-350-300-20 MG (pepsin/glutamic acid/betaine HCl/gentian root extract)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PANCREAZE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,500-35,500- 61,500 UNIT, 16,800-56,800- 98,400 UNIT, 2,600-8,800- 15,200 UNIT, 21,000-54,700- 83,900 UNIT, 37,000-97,300- 149,900 UNIT, 4,200-14,200- 24,600 UNIT (lipase/protease/amylase)	Tier 2	
PANXYME PH ORAL CAPSULE 10.2-10-45 MG (lipase/protease/amylase)	Tier 2	
PERTZYE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 16,000-57,500- 60,500 UNIT, 24,000-86,250- 90,750 UNIT, 4,000-14,375- 15,125 UNIT, 8,000-28,750- 30,250 UNIT (lipase/protease/amylase)	Tier 2	
VIOKACE ORAL TABLET 10,440-39,150- 39,150 UNIT, 20,880-78,300- 78,300 UNIT (lipase/protease/amylase)	Tier 2	
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT (lipase/protease/amylase)	Tier 2	
Minerals And Electrolytes - Magnesium - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	Tier 1	
<i>budesonide oral tablet, delayed and ext. release 9 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Balsalazide Disodium in 120 days
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i>	Tier 1	
CORTIFOAM RECTAL FOAM 10 % (80 MG) (hydrocortisone acetate)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	Tier 1	
ORTIKOS ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 6 MG, 9 MG (budesonide)	Tier 2	PA
Modificadores De Flora Intestinal - Drugs For Diarrhea		
ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND ORAL CAPSULE 175 MG (Lactobacillus acidophilus,salivarius/B.bifidum/S.thermophil)	Tier 2	
<i>acidophilus-pectin, citrus oral capsule 7.5 mg (30 mill cell)-100 mg</i>	Tier 1	
<i>acidophilus-pectin, citrus oral tablet 25 million cell -100 mg</i>	Tier 1	
ADULT 50 PLUS PROBIOTIC ORAL CAPSULE 4 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.9)	Tier 1	
ADVANCED PROBIOTIC ORAL CAPSULE 625 MG (10 BILLION CELL) (L.acidophilus/L.casei/L.lactis/L.rhamnosus/B.lactis/B.longum)	Tier 2	
AZO COMPLETE FEMININE BALANCE ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Tier 2	
AZO DUAL PROTECTION ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 15 MG (L.crispatus/L.gasseri/L.jensenii/L.rhamnosus/bacteriophages)	Tier 2	
BACICAP ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,paracasei,plantarum/B.animalis)	Tier 2	
BACID WITH LACTOSPORE ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL (Bacillus coagulans)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bacillus coagulan,subtilis-xos oral tablet,chewable 1 billion cell- 40 mg</i>	Tier 1	
BILAC ORAL CAPSULE 33 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
BIOMEPRO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus casei/L. rhamnosus)	Tier 2	
BIOMEPRO ORAL LIQUID 100 BILLION CELL/104 ML (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus casei/L. rhamnosus)	Tier 2	
CHILDRENS CHEWABLE PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL (L. acidophilus/L. rhamnosus/B. breve/S. thermophilus)	Tier 1	
CHILDREN'S PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (L.acidophilus,casei,rhamnosus/B.breve,longum)	Tier 1	
CLAIRVEE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL- 400 MCG DFE (L. acidophilus/L. rhamnosus/levomefolate sodium/lactoferrin)	Tier 2	
CULTURELLE ABDOMINAL SUPP-CMFT ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL- 4 GRAM (Bacillus coagulans/fucosyllactose)	Tier 2	
CULTURELLE ADVANCED REGULARITY ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei/Lactobacillus rhamnosus)	Tier 2	
CULTURELLE BABY DIGESTIVE CALM ORAL DROPS 2 BILLION CELL/5 DROPS (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis (lactis))	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CULTURELLE BABY HEALTH DEVELOP ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL- 50 MG-300 MG (L. rhamnosus/B. animalis/dha/fucosyllactose/vitamin D3)	Tier 2	
CULTURELLE BABY PROBIOTIC-DHA ORAL DROPS 2.5 B CELL- 70 MG/0.5 ML (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis/dha)	Tier 2	
CULTURELLE DIGESTIVE HEALTH ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL -200 MG, 12 BILLION CELL -200 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/inulin)	Tier 2	
CULTURELLE GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1 GRAM (Bacillus subtilis/inulin)	Tier 2	
CULTURELLE IMMUNE DEFENSE ORAL TABLET,CHEWABLE 10 BILLION CELL -90 MG-3 MG (L. rhamnosus GG/ascorbic acid/zinc oxide/elderberry fruit)	Tier 2	
CULTURELLE KIDS 4 IN 1 IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL- 90 MG-20 MCG (L. rhamnosus/ascorbic acid/vitamin D3/zinc oxide/elderberry)	Tier 2	
CULTURELLE KIDS GROW-THRIVE ORAL POWDER IN PACKET 3.5 BILLION CELL-1 GRAM (Lactobacillus rhamnosus/Bifidobac animalis/fucosyllactose/D3)	Tier 2	
CULTURELLE KIDS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1 GRAM (Bacillus subtilis/inulin)	Tier 2	
CULTURELLE KIDS IMMUNE DEFENSE ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL- 90 MG-1.88 MG (L. rhamnosus GG/ascorbic acid/zinc oxide/elderberry fruit)	Tier 2	
CULTURELLE KIDS PROBIO-FIBER ORAL POWDER IN PACKET 2.5 BILLION CELL-3.5 GRAM (Lactobacillus rhamnosus GG/fiber)	Tier 2	
CULTURELLE KIDS PROBIOTICS ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CULTURELLE KIDS PROBIOTICS ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 2	
CULTURELLE METABOLISM-WT MGMT ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL -1.7 MG-2.4 MCG (Lactobacillus rhamnosus/Bifido animalis/vit B6/vit B12)	Tier 2	
CULTURELLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 15 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 2	
CULTURELLE PRENATAL PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 12 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Tier 2	
CULTURELLE PROBIOTIC-PREBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Tier 2	
CULTURELLE TOTAL BALANCE ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei/Lactobacillus rhamnosus)	Tier 2	
CULTURELLE WOMEN'S WELLNESS ORAL TABLET,CHEWABLE 12 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Tier 2	
DAILY PROBIOTIC (4 STRAINS) ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus paracasei,rhamnosus/B.animalis/ascorbic acid)	Tier 1	
DAILY PROBIOTIC (S. BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Tier 1	
DERMACINRX LACTEROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
DERMACINRX PROBINATE ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX PROBISOL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
DERMACINRX PROBITRAN ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
DERMACINRX PROBITROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
DERMACINRX PROMEROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
DIGEST ADV PROBIO PLUS GAS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Bacillus coagulans/digestive enzymes combo no.10)	Tier 2	
DIGEST PROBIOTIC (S.BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Tier 1	
DIGESTIVE ADVANTAGE IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MILLION CELL (Bacillus coagulans)	Tier 2	
DIGESTIVE ADVANTAGE INTENS BOW ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL- 30,000 UNIT (Bacillus coagulans/protease/amylase/lipase)	Tier 2	
DIGESTIVE ADVANTAGE KID PROBIO ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MILLION CELL (Bacillus coagulans)	Tier 2	
DIGESTIVE ADVANTAGE LACTOS SUP ORAL CAPSULE 500 MILLION CELL-3,000 UNIT (Bacillus coagulans/lactase)	Tier 2	
DIGESTIVE ADVANTAGE PROBIOTIC ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL- 140 MG (Bacillus coagulans/calcium carbonate)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLORASTORSELECT IMMUNITY BOOST ORAL CAPSULE 250 MG-60 MG- 10 MCG-10 MG (Saccharomyces boulardii/vitamin C/vitamin D3/zinc gluconate)	Tier 2	
FLORATUMMYS QUICK DISSOLVE ORAL TABLET, EFFERVESCENT 2 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Bifidobacterium infantis/FOS)	Tier 2	
FORTIFY OPT ADV (L. SALIVARUS) ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 100 BILLION CELL-75 MG (Lactobacillus no.83/Bifido animal,bifid,infant/inulin/acacia)	Tier 2	
FORTIFY OPTIMA ADVANCED CARE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 60 BILLION CELL-75 MG (Lactobacillus combo no.20/Bifido no.9/inulin/acacia)	Tier 2	
FORTIFY OPTIMA PROBIOTIC ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/B.animalis/B.bifidum/B.infantis)	Tier 2	
FORTIFY OPTIMA WOMEN ADVANCED ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 90 BILLION CELL -75 MG (Lactobacillus no.102/Bifid anim,bifid/L.lactis/inulin/acacia)	Tier 2	
FORTIFY OPTIMA WOMEN PROBIOTIC ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (L.acidophilus,gasseri/Bifidobact animalis,bifidum,infantis)	Tier 2	
FORTIFY PROBIOTIC 50 PLUS ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL-50 MG, 50 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.21/Bifidobacterium combo no.7/inulin)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOTIC DIGEST SUPP (4-STRN) ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus paracasei,rhamnosus/B.animalis/ascorbic acid)	Tier 1	
PROBIOTIC DIGEST SUPP (6-STRN) ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL -100 MG (L.acidoph,bulgar,paracasei,rhamnosu/B.animalis,longum/inulin)	Tier 1	
PROBIOTIC DIGEST(L.RHAM,INULN) ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL -200 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/inulin)	Tier 1	
PROBIOTIC DIGEST(LACTO,BIFIDO) ORAL CAPSULE 1.5 BILLION CELL (L.acidophilus/L.gasseri/L.rhamnosus/B.bifidum/B.longum)	Tier 1	
PROBIOTIC DUO ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis)	Tier 2	
PROBIOTIC FORMULA (INULIN) ORAL CAPSULE 1 BILLION-250 CELL-MG (Bacillus coagulans/inulin)	Tier 1	
PROBIOTIC ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.10)	Tier 1	
PROBIOTIC ORAL CAPSULE 3 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.4)	Tier 1	
PROBIOTIC PEARLS ACIDOPHILUS ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium longum)	Tier 2	
PROBIOTIC PEARLS WOMEN'S ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobac acidophilus/Lactobac plantarum/Lactobac rhamnosus)	Tier 2	

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOTIC YEAST SUPPORT ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 5.02 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/Kluyveromyces marxianus)	Tier 2	
PROBIOTIC-IMMUNE ORAL TABLET, CHEWABLE 1 BILLION CELL- 45 MG-25 MCG (Bacillus coagulans, subtilis/vitamin C/vit D3/zinc gluconate)	Tier 2	
PROBIZEN ORAL CAPSULE 32 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 1	
PROMELLA ORAL CAPSULE 32 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
REJUVAFLOR ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Tier 1	
REPHRESH PRO-B ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 2	
RESISTANCE FORMULA PROBIOTIC ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Saccharomyces boulardii)	Tier 1	
REVITAFLOL ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Tier 1	
<i>saccharomyces boulardii oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>saccharomyces boulardii-yeast oral capsule, delayed release(dr/ec) 5 billion cell- 200 mg</i>	Tier 1	
SENIOR PROBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.4)	Tier 1	
SIMILAC PROBIOTIC TRI-BLEND ORAL POWDER IN PACKET 1 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis/Bifidobacterium infantis/S. thermophilus)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUPERIOR PROBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobac.acidoph,plantar,rhamn/Bifidobac.animal,breve,longum)	Tier 2	
TRUBIOTICS BABY ORAL DROPS 3 BILLION CELL /0.27 ML (Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
TRUBIOTICS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5BILLION CELL -7.5 MCG-1.8 G (Bacillus subtilis/cholecalciferol (vit D3)/inulin)	Tier 2	
TRUBIOTICS KIDS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 6 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis (lactis))	Tier 2	
TRUBIOTICS KIDS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1.8 GRAM (Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Tier 2	
TRUBIOTICS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
ULTIMATE FLORA BABY PROBIOTIC ORAL POWDER 4 BILLION CELL/GRAM (Lactobacillus rhamnosus/Bifido bifidum,breve,infantis,longum)	Tier 2	
ULTRAFLOA WOMEN'S ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 2	
UP4 PROBIOTICS ADULT 50 PLUS ORAL CAPSULE 25 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/L. plantarum/Bifido no.7)	Tier 2	
UP4 PROBIOTICS ADULT ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/L. plantarum/Bifido no.7)	Tier 2	
UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 20 MCG (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis/vit D2)	Tier 2	

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UP4 PROBIOTICS MEN'S ORAL CAPSULE 50 BILLION CELL -90 MG-30 MCG (Lactobac no.21/Bifidobac no.7/vit C/vit D3/vit B6/vit B12)	Tier 2	
UP4 PROBIOTICS PLUS PREBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Tier 2	
UP4 PROBIOTICS ULTRA ORAL CAPSULE 50 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.51/Bifidobacterium combo no.4)	Tier 2	
UP4 PROBIOTICS WOMEN'S ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 250 MG (L.acidophilus/L.gasseri/L.plant/L.rham/B.animalis/cranberry)	Tier 2	
UP4 PROBIOTICS-PREBIOTICS KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Tier 2	
VISBIOME ORAL DROPS 0.5 BILLION CELL/DROP (Lactobacillus no.2/Bifidobacterium no.1/S.thermophilus)	Tier 2	
WELLPRO-31 ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
XYBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL -1,000 MCG-25MG (L. acidophilus/Bacillus coagulans/folic acid/inulin)	Tier 2	
YUM-YUM DOPHILUS ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 BILLION CELL-50 MG, 500 MILLION CELL-50 MG (L.acidophilus,plantarum/B.animalis,breve/FOS/inulin)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Non-Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongest-Analgesic Combinations - Drugs To Prevent Constipation		
SEKOT KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 8.7 MG (senna leaf extract)	Tier 2	
SEKOT ORAL TABLET,CHEWABLE 8.7 MG (senna leaf extract)	Tier 2	
SEKOT-CHAMOMILE ORAL TEA 1,400 MG- 1,100 MG (senna leaf/herbal complex no.324)	Tier 2	
Non-Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongestant Combinations - Drugs To Prevent Constipation		
lactulose (Constulose Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Tier 1	
KRISTALOSE ORAL PACKET 20 GRAM (lactulose)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Lactulose solution in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>lactulose oral packet 10 gram</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic Lactulose solution in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Tier 1	
<i>lactulose oral solution 20 gram/30 ml</i>	Tier 1	
<i>sorbitol solution 70 %</i>	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Úlcera Péptica - Citprotectores Adherentes Al Lumen Gástrico - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>sucralfate oral suspension 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	
Varias Combinaciones Antidiarreicas - Drugs For Diarrhea		
BANATROL PLUS ORAL POWDER IN PACKET (banana flakes/transgalactooligosaccharides)	Tier 1	
Agentes De Terapia Respiratoria - Drugs For The Lungs		
Ace Inhibitor And Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
<i>dexchlorpheniramine maleate oral solution 2 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (236 ML per 1 FILL)
Agentes Nasales Post-Quirúrgicos - Drugs For The Nose		
SINUVA SINUS IMPLANT 1,350 MCG (mometasone furoate)	Tier 2	PA
Aminopenicillin Antibiotic Combinations - Extended Release - Drugs For Cystic Fibrosis		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG (mannitol)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Inhaled 7% Sodium Chloride solution in 120 days; QL (20 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anestesia Nasal - Allergy		
<i>cocaine nasal solution 4 %</i>	Tier 1	
Angiotensin II Receptor Blocker (Arb)-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Tier 1	
Antianxiety Agent - Antihistamine Type - Allergy		
<i>azelastine-fluticasone nasal spray, non-aerosol 137-50 mcg/spray</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Flunisolide (nasal formulation) or Fluticasone Propionate in 120 days; QL (23 GM per 30 days)
RYALTRIS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 665-25 MCG/SPRAY (olopatadine HCl/mometasone furoate)	Tier 2	QL (29 GM per 30 days)
Antibacterial Adjuvants - Drugs For Cystic Fibrosis		
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG (ivacaftor)	Tier 3	PA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG (ivacaftor)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibacterial Nitrofurantoin Derivatives And Combinations - Drugs For Asthma/Copd		
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION (olodaterol HCl)	Tier 2	QL (4 GM per 30 days)
Antihistamínico De 1Era Generación- Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold		
phenylephrine HCl/promethazine HCl (Promethazine Vc Oral Syrup 6.25-5 Mg/5 Ml)	Tier 1	
Antihistamínico De 1Era Generación- Descongestivo-Combinaciones De Anticolinérgicos - Drugs For Cough And Cold		
RESPA-AR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-90-0.24 MG (pseudoephedrine HCl/chlorpheniramine maleate/bellad alk)	Tier 1	
Antihistamínico De 2Da Generación- Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 12 HR 2.5-120 MG (desloratadine/pseudoephedrine sulfate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Desloratadine or Levocetirizine tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Antihistamínicos - 1Era Generación - Drugs For Allergies		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Tier 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	Age (Min 2 Years)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Carbinoxamine 4mg and IR solution in 365 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 2 Years)
<i>clemastine oral syrup 0.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Tier 1	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	
<i>dexchlorpheniramine maleate oral solution 2 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (236 ML per 1 FILL)
diphenhydramine HCl (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 MI)	Tier 1	
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (carbinoxamine maleate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Carbinoxamine Maleate in 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Tier 1	
Antihistamínicos - 2Da Generación - Piperazinas - Drugs For Allergies		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Desloratadine or Levocetirizine tablets in 120 days; QL (10 ML per 1 day)
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
Antihistamínicos - 2Da Generación - Piperidinas - Drugs For Allergies		
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Desloratadine or Levocetirizine tablets in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Antihyperlipidemic Agents Other - Drugs For Allergies		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
Antiparkinson Therapy - Dopamine Precursors - Drugs For The Lungs		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Tier 3	PA
Antiprotozoal-Antibacterial - Nitroimidazole-Antiamebic Combinations - Drugs For Asthma/Copd		
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION (ipratropium bromide)	Tier 2	QL (25.8 GM per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	Tier 1	
Antiprotzoal-Antibacterial - Nitroimidazole-Anticholinergic Comb - Drugs For Asthma/Copd		
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION (umeclidinium bromide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Spiriva Respimat or Tiotropium Bromide in 120 days; QL (30 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION (tiotropium bromide)	Tier 2	QL (4 GM per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG (tiotropium bromide)	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400 MCG/ACTUATION (aclidinium bromide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Spiriva Respimat or Tiotropium Bromide in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
YUPELRI INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 175 MCG/3 ML (revefenacin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lonhala Magnair in 120 days; QL (90 ML per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsychotic - Atypical Dopamine-Serotonin Antag- Benzisoxazole Deriv - Drugs For The Lungs		
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Tier 3	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Tier 3	PA
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	Tier 3	PA
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)	Tier 1	
<i>brompheniramine-pseudoeph-dm oral syrup 2-30-10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
Antitusivo No-Opioide-Combinaciones De Antihistamínicos - Drugs For Cough And Cold		
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5 ml</i>	Tier 1	
Antitussives - Drugs For Asthma/Copd		
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (ciclesonide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (12.2 GM per 30 days)
ARMONAIR DIGIHALER INHALATION AERO POWDR BREATH ACT W/SENSOR 113 MCG/ACTUATION, 232 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (1 EA per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (fluticasone furoate)	Tier 2	QL (30 EA per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (mometasone furoate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (13 GM per 30 days)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (120), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60) (mometasone furoate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	Tier 1	QL (60 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 100 mcg/actuation, 50 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 250 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (12 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (24 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (21.2 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION, 90 MCG/ACTUATION (budesonide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (1 EA per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (21.2 GM per 30 days)
Antitussives - Non-Opioid - Drugs For Asthma/Copd		
<i>zileuton oral tablet, er multiphase 12 hr 600 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Montelukast Sodium and Zafirlukast in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
ZYFLO ORAL TABLET 600 MG (zileuton)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Montelukast Sodium and Zafirlukast in 365 days; QL (4 EA per 1 day)
Asma/Copd - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 (Pde4) - Drugs For Asthma/Copd		
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
Asma/Copd Tx - Comb Adrenérgico Beta-Anticolinérgicos-Glucocorticoide - Drugs For Cystic Fibrosis		
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION (budesonide/glycopyrrolate/formoterol fumarate)	Tier 2	QL (10.7 GM per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG (fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 200-62.5-25 MCG (fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
Asthma Therapy - Thymic Stromal Lymphopoietin Inhibitor, Mab - Drugs For Asthma/Copd		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) (tezepelumab-ekko)	Tier 3	PA
Beta Blocker-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Tier 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Carbinoxamine 4mg and IR solution in 365 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 2 Years)
<i>clemastine oral syrup 0.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Tier 1	
diphenhydramine HCl (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 ML)	Tier 1	
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (carbinoxamine maleate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Carbinoxamine Maleate in 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Fibrosis Quística - Aminoglicósidos Inhalados - Drugs For Cystic Fibrosis		
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG (tobramycin)	Tier 2	PA
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Tier 1	PA
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i>	Tier 3	PA
<i>tobramycin with nebulizer inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Tier 1	PA
Fibrosis Quística - Monobactamas Inhaladas - Drugs For Cystic Fibrosis		
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML (aztreonam lysine)	Tier 2	PA
Fluoroquinolone Antibiotics - Drugs For Cystic Fibrosis		
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG (lumacaftor/ivacaftor)	Tier 3	PA
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG (lumacaftor/ivacaftor)	Tier 3	PA
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) (tezacaftor/ivacaftor)	Tier 3	PA
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor)	Tier 3	PA
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Implante De Corticoesteroide Para Mantener Permeabilidad Sinusal - Drugs For The Nose		
SINUVA SINUS IMPLANT 1,350 MCG (mometasone furoate)	Tier 2	PA
Medical Supplies And Dme - Dental Supplies - Drugs For Asthma/Copd		
<i>arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Formoterol Fumarate, Serevent Diskus, or Striverdi Respimat in 120 days; QL (120 ML per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE (salmeterol xinafoate)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
Medical Supplies And Dme - Oral Hygiene- Dental Supplies - Drugs For Asthma/Copd		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	Tier 1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	Tier 1	
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levalbuterol tartrate inhalation hfa aerosol inhaler 45 mcg/actuation</i>	Tier 1	
PROAIR DIGIHALER INHALATION AERO POWDR BREATH ACT W/SENSOR 90 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Albuterol Sulfate 90mcg HFA inhaler in 120 days
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Albuterol Sulfate 90mcg HFA inhaler in 120 days
Medical Supplies And Dme - Peritoneal Dialysis Devices - Drugs For Cough And Cold		
<i>hydrocodone-chlorpheniramine oral suspension,extended rel 12 hr 10-8 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (10 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-54.3 MG (chlorpheniramine maleate/codeine phosphate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Promethazine HCL/codeine in 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
Nasal Decongestant Combinations Other - Drugs For Asthma/Copd		
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	Tier 1	
Nasal Mast Cell Stabilizer-Antihistamine Combinations - Drugs For Asthma/Copd		
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Nasal Preparations - Nicotinic Receptor Partial Agonist - Drugs For The Nose		
TYRVAYA NASAL SPRAY, METERED, NON-AEROSOL 0.03 MG/SPRAY (varenicline tartrate)	Tier 2	PA
Non-Opioid Antitussive-1St Generation Antihistamine-Analgesic Comb. - Drugs For Asthma/Copd		
ARALAST NP INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 500 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Tier 3	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML (alpha-1-proteinase inhibitor)	Tier 3	
ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Tier 3	
Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongestant-Analgesic Combinations - Drugs For The Lungs		
CUROSURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 120 MG/1.5 ML, 240 MG/3 ML (poractant alfa)	Tier 2	
INFASURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 35 MG/ML (calfactant)	Tier 2	
SURVANTA INTRATRACHEAL SUSPENSION 25 MG/ML (beractant)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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>	Tier 1	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Desloratadine or Levocetirizine tablets in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Desloratadine or Levocetirizine tablets in 120 days; QL (10 ML per 1 day)
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
Peripheral Vasodilators - Drugs For The Lungs		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Tier 1	
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML (dornase alfa)	Tier 3	PA
Terapia De Asma - Agentes Adrenérgicos Alfa/Beta - Drugs For Asthma/Copd		
<i>epinephrine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Asma - 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)	Tier 3	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML (mepolizumab)	Tier 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)	Tier 3	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML (omalizumab)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Anoro Ellipta and Stiolto Respimat in 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	Tier 1	
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION (tiotropium bromide/olodaterol HCl)	Tier 2	QL (4 GM per 30 days)
Terapia De Asma/Copd - Combinaciones Adrenérgico Beta-Glucocorticoide - Drugs For Asthma/Copd		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Tier 2	QL (12 GM per 30 days)
AIRDUO DIGIHALER INHALATION AERO POWDR BREATH ACT W/SENSOR 113 MCG-14 MCG/ACTUATION, 232-14 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Advair HFA or Breo Ellipta in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate/budesonide)	Tier 2	QL (32.1 GM per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate/vilanterol trifenate)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
budesonide/formoterol fumarate (Breynd Inhalation Hfa Aerosol Inhaler 160-4.5 Mcg/Actuation, 80-4.5 Mcg/Actuation)	Tier 1	QL (30.9 GM per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (30.9 GM per 30 days)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100-5 MCG/ACTUATION, 50-5 MCG/ACTUATION (mometasone furoate/formoterol fumarate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Advair HFA or Breo Ellipta in 120 days; QL (39 GM per 30 days)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200-5 MCG/ACTUATION (mometasone furoate/formoterol fumarate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Advair HFA or Breo Ellipta in 120 days; QL (13 GM per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Advair HFA or Breo Ellipta in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
fluticasone propionate/salmeterol xinafoate (Wixela Inhub Inhalation Blister With Device 100-50 Mcg/Dose, 250-50 Mcg/Dose, 500-50 Mcg/Dose)	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar		
Non-Alcoholic Steatohepatitis (Nash) Agents - Thr-Beta Agonist		
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG (resmetirom)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver		
Agonista De Receptor De Farnesoide X (Fxr), Análogo De Ácido Biliar - Drugs For The Liver		
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (obeticholic acid)	Tier 3	PA
Ileal Bile Acid Transporter (Ibat) Inhibitor - Drugs For The Liver		
BYLVAY ORAL CAPSULE 1,200 MCG, 400 MCG (odevixibat)	Tier 3	PA
BYLVAY ORAL PELLETT 200 MCG, 600 MCG (odevixibat)	Tier 3	PA
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML (maralixibat chloride)	Tier 3	PA
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos		
Analgesic - Opioid Antagonists		
LOTREXONE ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (naltrexone HCl)	Tier 2	
NALTREX ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (naltrexone HCl)	Tier 2	
Anti-Inflammatory - Antimitotics		
LODOCOC ORAL TABLET 0.5 MG (colchicine)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA
IDACIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA
IDACIO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML (adalimumab-ryvk)	Tier 3	PA
SIMPONIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Tier 2	
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 2	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 2	PA
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA
YUSIMRY(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aqvh)	Tier 3	PA
ZYMIFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 3	PA
ZYMIFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agonistas De Analgésico De Opioides - Arthritis And Pain Drugs		
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine sulfate oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
DEMEROL (PF) INJECTION SYRINGE 100 MG/ML, 25 MG/ML, 50 MG/ML, 75 MG/ML (meperidine HCl/PF)	Tier 2	
DILAUDID (PF) INJECTION SYRINGE 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML (hydromorphone HCl/PF)	Tier 2	
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET IN APPLICATOR 30 MCG (sufentanil citrate)	Tier 2	PA
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control.analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Tier 1	
<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl intravenous pt controlled analgesia syring 1,000 mcg/50 ml (20 mcg/ml), 500 mcg/50 ml (10 mcg/ml)</i>	Tier 1	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	Tier 1	PA
<i>fentanyl citrate buccal tablet, effervescent 100 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	Tier 1	PA
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	Tier 1	PA; ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 37.5 mcg/hour, 62.5 mcg/hour, 87.5 mcg/hour</i>	Tier 1	PA; ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FENTORA BUCCAL TABLET, EFFERVESCENT 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG (fentanyl citrate)	Tier 2	PA
<i>hydrocodone bitartrate oral capsule, oral only, er 12hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>hydrocodone bitartrate oral tablet, oral only, ext. rel. 24 hr 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)
<i>hydromorphone (pf) injection syringe 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>hydromorphone (pf)-0.9 % nacl intravenous pt controlled analgesia syring 30 mg/30 ml (1 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 16 mg, 32 mg, 8 mg</i>	Tier 1	PA; ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>hydromorphone rectal suppository 3 mg</i>	Tier 1	
HYSINGLA ER ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 24 HR 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 80 MG (hydrocodone bitartrate)	Tier 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levorphanol tartrate oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>levorphanol tartrate oral tablet 3 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>meperidine (pf) injection solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>meperidine (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>meperidine oral solution 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (30 ML per 1 day)
<i>meperidine oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	QL (4 ML per 1 day)
<i>methadone HCl (Methadone Intensol Oral Concentrate 10 Mg/ML)</i>	Tier 1	QL (4 ML per 1 day)
<i>methadone oral concentrate 10 mg/ml</i>	Tier 1	QL (4 ML per 1 day)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (20 ML per 1 day)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (40 ML per 1 day)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>methadone oral tablet, soluble 40 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methadone HCl (Methadose Oral Tablet, Soluble 40 Mg)</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>morphine (pf) intravenous syringe 1 mg/2 ml</i>	Tier 1	
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	Tier 1	PA
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous pt controlled analgesia syring 275 mg/55 ml (5 mg/ml)</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>morphine intramuscular pen injector 10 mg/0.7 ml</i>	Tier 1	
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 120 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)
<i>morphine oral capsule, extend. release pellets 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>morphine oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	
<i>morphine oral tablet 30 mg</i>	Tier 2	
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day)
<i>morphine rectal suppository 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tramadol oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 100 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
XTAMPZA ER ORAL CAP, SPRINKL, ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG (oxycodone myristate)	Tier 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG (oxycodone myristate)	Tier 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)	Tier 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (8 EA per 1 day)
Analgésico De Opioide Dihidrocodeína, Analgésico No-Salicilato, Xantina - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-caff-dihydrocod oral capsule 320.5-30-16 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Acetaminophen With Codeine tablets in 120 days; QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Analgésico De Opioide Hidrocodona Y Combinaciones No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
APADAZ ORAL TABLET 4.08-325 MG, 6.12-325 MG, 8.16-325 MG (benzhydrocodone HCl/acetaminophen)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Norco (Hydrocodone/acetaminophen) tablet in 120 days; QL (12 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>benzhydrocodone-acetaminophen oral tablet 4.08-325 mg, 6.12-325 mg, 8.16-325 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Norco (Hydrocodone/acetaminophen) tablet in 120 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	Tier 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Tier 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Tier 1	QL (13 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
Analgésico De Opiode Hidrocodona Y Combinaciones Nsaid - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Tier 1	
Analgésico De Opiode Oxidodona Y Combinaciones De No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
<i>oxycodone HCl/acetaminophen (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Solution 10-300 Mg/5 MI)	Tier 2	QL (66 ML per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
Analgésico De Opioide Tramadol Y Combinaciones No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Tier 1	QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Analgésico De Opioide Tramadol Y Combinaciones Nsaid - Arthritis And Pain Drugs		
SEGLENTIS ORAL TABLET 44-56 MG (tramadol HCl/celecoxib)	Tier 2	
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Análogos De Prostaglandina - Arthritis And Pain Drugs		
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayered rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésico Nsaid, Inhibidores Selectivos De Ciclooxygenasa-2 (Cox-2) - Arthritis And Pain Drugs		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Analgésicos De Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
ADULT ASPIRIN REGIMEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Tier 0	
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Tier 0	
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Tier 0	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	Tier 0	
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	Tier 0	
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	Tier 0	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (aspirin)	Tier 0	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Tier 0	
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Tier 0	
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Tier 0	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
DURLAZA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 162.5 MG (aspirin)	Tier 2	PA
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Tier 0	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>salsalate oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Tier 0	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Tier 0	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Antranílico - Arthritis And Pain Drugs		
<i>meclofenamate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Fenilacético - Arthritis And Pain Drugs		
<i>diclofenac potassium oral capsule 25 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Diclo Gel, Diclofenac Sodium, Diclofenac Sodium/Misoprostol, Diclofono, Diclozor, or Pennsaid in 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Tier 1	
<i>diclofenac potassium oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diclofenac submicronized oral capsule 35 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Diclo Gel, Diclofenac Sodium, Diclofono, Diclozor, or Pennsaid in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
diclofenac potassium (Lofena Oral Tablet 25 Mg)	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
ZORVOLEX ORAL CAPSULE 18 MG, 35 MG (diclofenac submicronized)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Diclo Gel, Diclofenac Sodium, Diclofono, Diclozor, or Pennsaid in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Propiónico - Arthritis And Pain Drugs		
COXANTO ORAL CAPSULE 300 MG (oxaprozin)	Tier 1	
EC-NAPROXEN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 375 MG, 500 MG (naproxen)	Tier 1	
<i>fenoprofen oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
ibuprofen (Ibu Oral Tablet 400 Mg, 600 Mg, 800 Mg)	Tier 1	
IBUPAK ORAL KIT 600 MG (ibuprofen/glycerin)	Tier 2	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésicos Nsaid (Inhibidores De Ciclooxygenasa-No Selectiva) - Arthritis And Pain Drugs		
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Tier 1	
Analgésicos Nsaid, (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Indolacético - Arthritis And Pain Drugs		
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
INDOCIN ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (indomethacin)	Tier 2	
INDOCIN RECTAL SUPPOSITORY 50 MG (indomethacin)	Tier 2	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	Tier 1	
<i>indomethacin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>indomethacin rectal suppository 100 mg</i>	Tier 1	
<i>indomethacin rectal suppository 50 mg</i>	Tier 1	
TIVORBEX ORAL CAPSULE 20 MG (indomethacin, submicronized)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Indomethacin capsules in 120 days; QL (3 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antagonistas De Receptores Antiinflamatorios - Interleucinas-1 - Arthritis And Pain Drugs		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG (rilonacept)	Tier 3	PA
Anti-Inflammatory - Complement (C5) Receptor Inhibitors - Arthritis And Pain Drugs		
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG (avacopan)	Tier 3	PA
Antitubercular - Cyclic Peptide Antibiotics - Arthritis And Pain Drugs		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Tier 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine)	Tier 2	
Antitubercular - D-Alanine Analogs - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	QL (100 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Tier 2	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Tier 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)	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Nalocet Oral Tablet 2.5-300 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (66 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (61 ML per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-300 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Percocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 10-300 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Solution 10-300 Mg/5 MI)	Tier 2	QL (66 ML per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
Combinaciones De Analgésico De Opiode Tramadol - Arthritis And Pain Drugs		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Tier 1	QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Combinaciones De Analgésico De Opioides Dihidrocodeína - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-caff-dihydrocod oral capsule 320.5-30-16 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Acetaminophen With Codeine tablets in 120 days; QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Combinaciones De Salicilato Analgésico - Arthritis And Pain Drugs		
<i>choline,magnesium salicylate oral liquid 500 mg/5 ml</i>	Tier 1	
Combinaciones De Salicilato Analgésico Y Sedantes - Arthritis And Pain Drugs		
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	Tier 1	
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	Tier 1	
Contraceptive Injectable - Progestin - Arthritis And Pain Drugs		
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (baricitinib)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG (upadacitinib)	Tier 3	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (tofacitinib citrate)	Tier 3	PA
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG (tofacitinib citrate)	Tier 3	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG (tofacitinib citrate)	Tier 3	PA
Dmard - Antagonista De Receptor De Interleucinas-1 (EI-1Ra) - Arthritis And Pain Drugs		
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML (anakinra)	Tier 3	PA
Dmard - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 (Pde4) - Arthritis And Pain Drugs		
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG (apremilast)	Tier 3	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) (apremilast)	Tier 3	PA
Dmard - Inhibidores De Receptor De Interleucinas-6 (Il-6), Anticuerpo Monoclonal - Arthritis And Pain Drugs		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML (tocilizumab)	Tier 3	PA
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML (tocilizumab)	Tier 3	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Tier 3	PA
Dmard - Inhibidores De Síntesis De Pirimidina - Arthritis And Pain Drugs		
LEFLUNICLO KIT,GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Tier 2	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
Dmard - Otros - Arthritis And Pain Drugs		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (penicillamine)	Tier 2	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (penicillamine)	Tier 3	PA
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	PA
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Tier 1	
Immunomodulator - Rho Kinase Inhibitor - Arthritis And Pain Drugs		
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG (belumosudil mesylate)	Tier 3	PA
Inmunomodulador Estimulante De B-Linfocito (Blys)-Mcab Inhibidor Específico - Arthritis And Pain Drugs		
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML (belimumab)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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)	Tier 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 28 days)
<i>butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>pentazocine-naloxone oral tablet 50-0.5 mg</i>	Tier 1	
Vaginal Antifungal - Azole Agents - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	Tier 1	QL (184 ML per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Tier 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Tier 1	QL (13 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Tier 1	
Vaginal Anti-Infectives - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (150 ML per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine phosphate/butalbital/aspirin/caffeine (Ascomp With Codeine Oral Capsule 30-50-325-40 Mg)</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Vaginal Estrogens - Arthritis And Pain Drugs		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (methotrexate)	Tier 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
OTREXUP (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.4 ML, 12.5 MG/0.4 ML, 15 MG/0.4 ML, 17.5 MG/0.4 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.4 ML, 25 MG/0.4 ML (methotrexate/PF)	Tier 2	QL (1.6 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML (methotrexate/PF)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (0.8 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 12.5 MG/0.25 ML (methotrexate/PF)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 15 MG/0.3 ML (methotrexate/PF)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1.2 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 17.5 MG/0.35 ML (methotrexate/PF)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1.4 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4 ML (methotrexate/PF)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1.6 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 22.5 MG/0.45 ML (methotrexate/PF)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1.8 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 25 MG/0.5 ML (methotrexate/PF)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (2 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/0.6 ML (methotrexate/PF)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (2.4 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 7.5 MG/0.15 ML (methotrexate/PF)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (0.6 ML per 28 days)
Trexall ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; ST: Must meet any of the following requirements: Methotrexate Sodium, Methotrexate Sodium/pf, Rheumatrex, or Trexall in 120 days if 12 years of age and older; QL (120 ML per 60 days)
Vaginal Progestins - Arthritis And Pain Drugs		
ABRILADA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 3	PA
ABRILADA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>adalimumab-aacf subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-adbm subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-adbm subcutaneous syringe kit 10 mg/0.2 ml, 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA
<i>adalimumab-ryvk subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 3	PA
AMJEVITA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 3	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 3	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 3	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Tier 3	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 3	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 3	PA
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 3	PA
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYRIMOZ PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA
IDACIO(CF) PEN CROHN-UC STARTR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA
IDACIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA
IDACIO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML (adalimumab-ryvk)	Tier 3	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Tier 2	
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 2	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 2	PA
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA
YUSIMRY(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aqvh)	Tier 3	PA
Anestésicos - Drugs For Pain And Fever		
Anestesia General - Inhalante Volatil - Drugs For Sedation		
<i>desflurane inhalation liquid 100 %</i>	Tier 1	
<i>isoflurane inhalation liquid 99.9 %</i>	Tier 1	
<i>sevoflurane inhalation liquid</i>	Tier 1	
SUPRANE INHALATION LIQUID 100 % (desflurane)	Tier 2	
isoflurane (Terrell Inhalation Liquid 99.9 %)	Tier 1	
Anestesia General - Parenteral, Benzodiacepinas - Drugs For Sedation		
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 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)	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Complementos De Anestesia General - Opioide - Drugs For Sedation		
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control.analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Tier 1	
Cystinosis Therapy (Cystine Depleting Agents) - Drugs For Sedation		
ACCUCAINE KIT KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
<i>lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Tier 1	QL (240 GM per 30 days)
LIDOMARK 1-5 KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/adhesive bandage)	Tier 2	
LIDOMARK 2-5 KIT 20 MG/ML (2 %) (lidocaine HCl/PF/adhesive bandage)	Tier 2	
MARVONA SUIK (PF) KIT 0.5 % (5 MG/ML) (bupivacaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
Anthelmintic		
Antineoplastic - Akt (Protein Kinase B (Pkb)) Inhibitor		
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG (capivasertib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Gamma-Secretase Inhibitor (Gsi)		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG (nirogacestat hydrobromide)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Janus Kinase (Jak), Acvr1/Alk2 Inhibitors		
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG (mometinib dihydrochloride)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Ornithine Decarboxylase (Odc) Inhibitors		
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG (eflornithine HCl)	Tier 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)	Tier 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		
MESNEX ORAL TABLET 400 MG (mesna)	Tier 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>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Agentes De Rescate De Metotrexato - Drugs For Cancer		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Androgen-Herbal And/Or Nutrient Combinations - Drugs For Cancer		
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Tier 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)	Tier 3	PA
Antineoplásico - Agente Alquilante - Alquilsulfanato - Drugs For Cancer		
MYLERAN ORAL TABLET 2 MG (busulfan)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Agente Alquilante - Gas Nitrógeno - Drugs For Cancer		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
HEPZATO (50 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Tier 3	
HEPZATO (62 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Tier 3	
HEPZATO INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Tier 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG (chlorambucil)	Tier 2	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>	Tier 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 HCI)	Tier 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)	Tier 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	Tier 1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; ST: Must meet any of the following requirements: Methotrexate Sodium, Methotrexate Sodium/pf, Rheumatrex, or Trexall in 120 days if 12 years of age and older; QL (120 ML per 60 days)
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Pirimidinas - Drugs For Cancer		
<i>capecitabine oral tablet 150 mg, 500 mg</i>	Tier 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG (azacitidine)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Purina - Drugs For Cancer		
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML (mercaptopurine)	Tier 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; ST: Must meet the following requirement: Mercaptopurine 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	Tier 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Antimetabolito - Derivados De Urea - Drugs For Cancer		
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Antisuprarrenales - Drugs For Cancer		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (mitotane)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Combinación De Inhibidor De Quinasa E Inhibidor De Aromatasa - Drugs For Cancer		
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG, 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG, 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG (ribociclib succinate/letrozole)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Epipodofilotoxina - Drugs For Cancer		
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	
Antineoplásico - Inhib De Cinasa De Receptores De Factor De Crecimiento De Fibroblasto (Fgfr) - Drugs For Cancer		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG (erdafitinib)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG (pemigatinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidor De Quinasa Receptora De Tropomiosina (Trk) - Drugs For Cancer		
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (larotrectinib sulfate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML (larotrectinib sulfate)	Tier 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)	Tier 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 (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (selinexor)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Linfoma Anaplásico De Clnasa - Drugs For Cancer		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG (alectinib HCl)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG (brigatinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23) (brigatinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (lorlatinib)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG (crizotinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XALKORI ORAL PELLET 150 MG, 20 MG, 50 MG (crizotinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG (ceritinib)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 1 (Midh1) - Drugs For Cancer		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG (olutasidenib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG (ivosidenib)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores De Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 2 (Midh2) - Drugs For Cancer		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (enasidenib mesylate)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Pi3k-Alfa - Drugs For Cancer		
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) (alpelisib)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Poli (Adp-Ribosa) Polimerasa (Parp) - Drugs For Cancer		
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (olaparib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG (rucaparib camsylate)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG (niraparib tosylate)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Proteína De Tirosina Quinasa - Drugs For Cancer		
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG (repotrectinib)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (bosutinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG (bosutinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (vandetanib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG (tivozanib HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG (fruquintinib)	Tier 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Tier 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (axitinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Tier 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 X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2) (lenvatinib mesylate)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG (ripretinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (entrectinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG (entrectinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG (midostaurin)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (asciminib hydrochloride)	Tier 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)	Tier 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>	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (capmatinib hydrochloride)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG (nilotinib HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG (tepotinib HCl)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG (pexidartinib hydrochloride)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML (tovorafenib)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (dabrafenib mesylate)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG (dabrafenib mesylate)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG (vemurafenib)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Mek1 Y Mek2 - Drugs For Cancer		
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG (cobimetinib fumarate)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (selumetinib sulfate/vitamin E TPGS)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML (trametinib dimethyl sulfoxide)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG (trametinib dimethyl sulfoxide)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG (binimetinib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Mtor - Drugs For Cancer		
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores De Tipo Fms De Tirosina Quinasa 3 (Flt3) - Drugs For Cancer		
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG (quizartinib dihydrochloride)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG (gilteritinib fumarate)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores Selectivos De Exportación Nuclear (Sine) - Drugs For Cancer		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (selinexor)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG (pacritinib citrate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Retinoides - Drugs For Cancer		
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Supresores Pituitario Antagonistas Lhrh (Gnrh) - Drugs For Cancer		
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG (degarelix acetate)	Tier 2	QL (2 EA per 365 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG (degarelix acetate)	Tier 2	QL (1 EA per 30 days)
FIRMAGON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG (degarelix acetate)	Tier 2	QL (2 EA per 365 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG (relugolix)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Epidermal Growth Factor Receptor-2 (Her2) Inhibitor - Drugs For Cancer		
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG (tucatinib)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG (sotorasib)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG (selpercatinib)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG (vismodegib)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG (sonidegib phosphate)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG (palbociclib)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (abemaciclib)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG (neratinib maleate)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG (dacomitinib)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Immune Serums - Drugs For Cancer		
HICON ORAL KIT 1,000 MCI/ML (1 ML), 250 MCI/0.25 ML, 500 MCI/0.5 ML (sodium iodide-131)	Tier 2	
Influenza Antiviral Agents - Neuraminidase Inhibitors - Drugs For Cancer		
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MG/0.5 ML (asparaginase Erwinia chrysanthemi (recombinant)-rywn)	Tier 3	
Influenza-A Agents And Combinations - Drugs For Cancer		
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (ruxolitinib phosphate)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Inhibidor De Antineoplásico - Cyp17 (17 Alfa-Hidroxilasa/C17,20-Lyase) - Drugs For Cancer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Tier 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Inhibidor De Antineoplásico - Tirosina Quinasa Egfr De 1Era Generación - Drugs For Cancer		
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	Tier 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidor De Antineoplásico - Tirosina Quinasa Egfr De 3Era Generación - Drugs For Cancer		
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (osimertinib mesylate)	Tier 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)	Tier 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Medical Supplies And Dme - Foot Care Supplies - Drugs For Cancer		
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG (mobocertinib succinate)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Medical Supplies And Dme - Masks - Drugs For Cancer		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) (cabozantinib s-malate)	Tier 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)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG (regorafenib)	Tier 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>	Tier 1	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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Polymyxin Antibiotics And Derivatives - Drugs For Cancer		
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (Iomustine)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Prostaglandins - Drugs For Cancer		
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG (procarbazine HCl)	Tier 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Toxoid Vaccines - Drugs For Cancer		
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG (leuprolide acetate)	Tier 3	PA
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG (leuprolide acetate)	Tier 3	PA
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG (leuprolide acetate)	Tier 3	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) (leuprolide acetate)	Tier 3	PA
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	Tier 1	PA
Vaccine Mixed Combinations (Bacterial And Viral) - Drugs For Cancer		
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Vaccine Viral Combinations - Drugs For Cancer		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Vaccines - Bacterial - Drugs For Cancer		
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG (estramustine phosphate sodium)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Vaccines - Drugs For Cancer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG (apalutamide)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG (darolutamide)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG (enzalutamide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (enzalutamide)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Tier 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Vaccines - Viral - Drugs For Cancer		
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML (tamoxifen citrate)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women		
Aniconceptivos De Emergencia - Birth Control Pills		
AFTER PILL ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
ECONTRA EZ ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
ELLA ORAL TABLET 30 MG (ulipristal acetate)	Tier 0	
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
JULIE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	Tier 0	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Haloette Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	Tier 0	
Anticonceptivos De Emergencia - De Tipo Agonista/Antagonista De Progesterona - Birth Control Pills		
ELLA ORAL TABLET 30 MG (ulipristal acetate)	Tier 0	
Anticonceptivos De Emergencia - Tipo Progestina - Birth Control Pills		
AFTER PILL ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
ECONTRA EZ ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
JULIE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	Tier 0	
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Estrogens - Birth Control Pills		
norethindrone (Camila Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Deblitane Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Emzahh Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Errin Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Heather Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Incassia Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Jencycla Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Lyleq Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Lyza Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG (norethindrone)	Tier 0	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	Tier 0	
OPILL ORAL TABLET 0.075 MG (norgestrel)	Tier 0	
norethindrone (Sharobel Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28) (drospirenone)	Tier 0	
norethindrone (Tulana Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
Antineoplastic - Interleukins - Birth Control Pills		
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Afirmelle Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Altavera (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Alyacen 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Amethyst (28) Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	Tier 0	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
desogestrel-ethinyl estradiol (Apri Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Eq Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Aurovela 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Aurovela 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela Fe 1-20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aviane Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Ayuna Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Balziva (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Briellyn Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Charlotte 24 Fe Oral Tablet, Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Chateal (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Chateal Eq (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Cryselle (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Eq Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	Tier 0	
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4), 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	Tier 0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	Tier 0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Tier 0	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
desogestrel-ethinyl estradiol (Enskyce Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Estarylla Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Falmina (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Finzala Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Gemmy Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Hailey Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Iclevia Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Isibloom Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Jasmiel (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Tier 0	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ethinyl estradiol/drospirenone (Lo-Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lutera (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Marlissa (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Merzee Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Mibelas 24 Fe Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Microgestin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Microgestin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Mili Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Tier 0	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEXTSTELLIS ORAL TABLET 3 MG- 14.2 MG (28) (drospirenone/estetrol)	Tier 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Nikki (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Tier 0	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet, chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7), 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)</i>	Tier 0	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	Tier 0	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	Tier 0	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	Tier 0	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet, chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>	Tier 0	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG (21) (norethindrone-ethinyl estradiol)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Nymyo Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	Tier 0	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Nymyo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Sprintec (28) Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Trivora (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Velivet Triphasic Regimen (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	Tier 0	
Combinaciones De Anticonceptivos Transdérmicos - Comb. De Estrógeno Y Progestina - Birth Control Pills		
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	Tier 0	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 120-30 MCG/24 HR (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	Tier 0	
norelgestromin/ethinyl estradiol (Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	Tier 0	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norelgestromin/ethinyl estradiol (Zafemy Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	Tier 0	
Contraceptive - Vaginal Ph Modulator - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
PHEXXI VAGINAL GEL 1.8-1-0.4 % (lactic acid/citric acid/potassium bitartrate)	Tier 0	
Diagnostic - Control Reagents - Birth Control Pills		
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG (etonogestrel)	Tier 0	
Diagnostic - Infection Tests - Birth Control Pills		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
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))	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Ashlyna Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Azurette (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Tier 0	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiparkinson Adjuvant - Comt Inhibitors - Drugs For Metabolic Disease		
Metabolic Disease Enzyme Replacement, Molybdenum Cofactor Deficiency - Drugs For Metabolic Disease		
NULIBRY INTRAVENOUS RECON SOLN 9.5 MG (fosdenopterin hydrobromide)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	PA
Antiporphyrria Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning		
Agentes Quelantes - Cobre - Drugs For Overdose Or Poisoning		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (penicillamine)	Tier 2	PA
CUVRIOR ORAL TABLET 300 MG (trientine tetrahydrochloride)	Tier 3	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (penicillamine)	Tier 3	PA
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	Tier 3	PA
<i>trientine oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	PA
Agentes Quelantes - Envenenamiento De Plomo - Drugs For Overdose Or Poisoning		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG (succimer)	Tier 2	
Agentes Quelantes - Hierro - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Tier 3	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Tier 3	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 3	PA
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Tier 3	PA
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i>	Tier 1	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (deferiprone)	Tier 3	PA
Antagonistas De Receptor Mu-Opioide, De Acción Periférica - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>alvimopan oral capsule 12 mg</i>	Tier 1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (naloxegol oxalate)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG (methylnaltrexone bromide)	Tier 2	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML (methylnaltrexone bromide)	Tier 2	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML (methylnaltrexone bromide)	Tier 2	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Pulmonary Antihypertensive Agent - Activin Receptor lia-Fc (Actriia)		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 60 MG (sotatercept-csrk)	Tier 3	
Antiseptic - Chlorine Releasing - Drugs For The Heart		
Abortifacients Or Cervical Ripening Agents - Prostaglandin Analogs - Drugs For The Heart		
digoxin (Digitek Oral Tablet 125 Mcg (0.125 Mg), 250 Mcg (0.25 Mg))	Tier 1	
<i>digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)</i>	Tier 2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	Tier 1	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	Tier 1	PA
Agentes Antihipertensivo Pulmonares - Tipo Prostaciclina - Drugs For High Blood Pressure		
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (42) (treprostinil diolamine)	Tier 3	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (210) (treprostinil diolamine)	Tier 3	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG(42)-1MG (treprostinil diolamine)	Tier 3	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG (treprostinil diolamine)	Tier 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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>	Tier 3	PA
TYVASO DPI INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 16 MCG, 16 MCG (112)- 32 MCG (84), 16(112)-32(112) - 48(28) MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG (treprostinil)	Tier 3	PA
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil)	Tier 3	PA
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Tier 3	PA
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil/nebulizer accessories)	Tier 3	PA
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Tier 3	PA
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML (iloprost tromethamine)	Tier 3	PA
Agentes De Antihiperlipidémicos - Fuente Alimenticia - Drugs For Cholesterol		
PHOSPHALINE ORAL CAPSULE 900 MG (phosphatidylcholine)	Tier 2	
PHOSPHALINE ORAL LIQUID 3 GRAM/5 ML (phosphatidylcholine)	Tier 2	
Agentes De Hipertensión Arterial Pulmonar- Inhibidores Selectivos De Cgmp-Pde5 - Drugs For High Blood Pressure		
tadalafil (Alyq Oral Tablet 20 Mg)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIQREV ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (sildenafil citrate)	Tier 3	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	Tier 1	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	PA
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Tier 3	PA; SG
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (tadalafil)	Tier 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)	Tier 3	PA
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)-800 MCG (60) (selexipag)	Tier 3	PA
Agentes De Tratamiento De Micardiopatía Hipertrófica, Ablativo - Drugs For The Heart		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION 99 % (ethyl alcohol)	Tier 2	
Agentes Para Tratar Feocromocitona - Drugs For High Blood Pressure		
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
Agonistas Central Alfa-2-Diuréticos De Tiazidas Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agonistas De Receptores De Central Alfa-2 - Drugs For High Blood Pressure		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	Tier 1	
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 24 hr 0.17 mg</i>	Tier 1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	Tier 1	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>methyl dopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Angiotensin II Receptor Blockers (Arbs) - Drugs For Cholesterol		
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
niacin (Niacor Oral Tablet 500 Mg)	Tier 1	
Antagonistas De Receptor De Bradiquinina B2 - Drugs For The Heart		
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	Tier 3	PA
<i>icatibant acetate (Sajazir Subcutaneous Syringe 30 Mg/3 MI)</i>	Tier 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)	Tier 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antianginal - Potassium-Channel Agonists - Drugs For High Blood Pressure		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	Tier 1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Tier 1	
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Tier 3	PA
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Antianginal Agents Other - Drugs For High Blood Pressure		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	PA
FUROSCIX SUBCUTANEOUS KIT 80 MG/10 ML (furosemide)	Tier 2	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>furosemide oral solution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
SOANZ ORAL TABLET 40 MG, 60 MG (torsemide)	Tier 2	PA
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Antianginal And Anti-Ischemic Agents - Drugs For Angina		
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (vericiguat)	Tier 2	PA
Antiarrhythmic Others - Drugs For Cholesterol		
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram</i>	Tier 1	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	Tier 1	
cholestyramine/aspartame (Cholestyramine Light Oral Powder 4 Gram)	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
cholestyramine/aspartame (Cholestyramine Light Oral Powder In Packet 4 Gram)	Tier 1	
<i>cholestyramine-aspartame oral powder in packet 4 gram</i>	Tier 1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	Tier 1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	Tier 1	
<i>colestipol oral granules 5 gram</i>	Tier 1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	Tier 1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	
cholestyramine/aspartame (Prevalite Oral Powder 4 Gram)	Tier 1	
cholestyramine/aspartame (Prevalite Oral Powder In Packet 4 Gram)	Tier 1	
Antiarrítmico - Tipo Iii - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Tier 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG (dronedarone HCl)	Tier 2	
amiodarone HCl (Pacerone Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg, 400 Mg)	Tier 1	
Antidiabetic - Absorption Modifier Other - Drugs For Cholesterol		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (lomitapide mesylate)	Tier 3	PA
Antidiuretic And Vasopressor Hormones - Drugs For High Blood Pressure		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (azilsartan medoxomil)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: ACE inhibitor, ACE inhibitor combination, ARB, or ARB combination in 120 days
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>valsartan oral solution 4 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Valsartan tablets in 120 days
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
Antihiperlipidémicos - Inhibidor Selectivo De Absorción De Colesterol - Drugs For Cholesterol		
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihiperlipidémicos - Inhibidores De Reductasa Hmg Coa (Estatinas) - Drugs For Cholesterol		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 20 MG, 40 MG, 60 MG (lovastatin)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Altoprev, Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, Flolipid, Lovastatin, Pravastatin Sodium, or Simvastatin in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
ATORVALIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (atorvastatin calcium)	Tier 2	PA
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>atorvastatin oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG (rosuvastatin calcium)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Rosuvastatin Calcium in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
FLOLIPID ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML), 40 MG/5 ML (8 MG/ML) (simvastatin)	Tier 2	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>rosuvastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	Tier 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG, 4 MG (pitavastatin magnesium)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Livalo in 120 days; QL (1 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihiperlipidémicos - Tipo De Ácido Graso Omega-3 - Drugs For Cholesterol		
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Fenofibrate Nanocrystallized, Fenofibrate, Fenofibrate, micronized, or Triglide in 120 days; QL (4 EA per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
Antihyperlipidemic - Atp-Citrate Lyase (Acl) Inhibitor - Drugs For Cholesterol		
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG (bempedoic acid)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihyperlipidemic - Hmg Coa Reductase Inhibitors (Statins) - Drugs For Cholesterol		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
Antihyperlipidemic - Pcsk9 Inhibitor, Monoclonal Antibody (Mab) - Drugs For Cholesterol		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
Antihyperlipidemic- Atp-Citrate Lyase And Cholesterol Absorption Inhib - Drugs For Cholesterol		
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG (bempedoic acid/ezetimibe)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihypertensive Therapy Agents - Drugs For Cholesterol		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(drlec) 135 mg, 45 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibric acid oral tablet 105 mg, 35 mg</i>	Tier 1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
Beta Adrenergic Blockers - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Bloqueador Beta Selectivo Cardíaco-Tiazida Diurético Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Bloqueador Beta Selectivo No-Cardíaco-Diurético De Tiazidas Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	Tier 1	
Bloqueador De Canal De Calcio - Nsaid, Cox-2 Combinación De Inhibidor Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
CONSENSI ORAL TABLET 10-200 MG, 2.5-200 MG, 5-200 MG (amlodipine besylate/celecoxib)	Tier 2	PA
Bloqueador De Receptores De Angiotensina 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>	Tier 1	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	Tier 1	
Bloqueadores De Canal De Calcio - Benzodiacepinas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>diltiazem HCl (Cartia Xt Oral Capsule,Extended Release 24Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg)</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Tier 1	
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 120 MG, 180 MG, 240 MG (diltiazem HCl)	Tier 1	
diltiazem HCl (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hr 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Tier 1	
diltiazem HCl (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg)	Tier 1	
diltiazem HCl (Tiadyt Er Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Tier 1	
Bloqueadores De Canal De Calcio - Dihidroporifinas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG (levamlodipine maleate)	Tier 2	PA
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (amlodipine benzoate)	Tier 2	PA
<i>levamlodipine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<i>nisoldipine oral tablet extended release 24 hr 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	Tier 1	
NORLIQVA ORAL SOLUTION 1 MG/ML (amlodipine besylate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Amlodipine Besylate tablets in 120 days
Bloqueadores De Canal De Calcio - Fenilalquilaminas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	Tier 1	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Tier 1	
Calcium And Bone Metabolism Regulators - Other - Drugs For High Blood Pressure		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>carvedilol phosphate oral capsule, er multiphase 24 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cardiac Inotropes - Drugs For High Blood Pressure		
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Tier 1	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG (azilsartan medoxomil/chlorthalidone)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: ACE inhibitor, ACE inhibitor combination, ARB, or ARB combination in 120 days
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Tier 1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Tier 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	Tier 1	
Cardiac Myosin Inhibitor - Drugs For The Heart		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG (mavacamten)	Tier 3	PA
Combinaciones De Vasodilatadores - Drugs For High Blood Pressure		
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	Tier 1	
Coronary Vasodilator (Nitrate) Combinations - Drugs For High Blood Pressure		
UREAPRO ORAL POWDER 15 GRAM/SCOOP (urea)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Poison Ivy Products - Drugs For High Blood Pressure		
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (metoprolol succinate)	Tier 2	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Dermatological - Vasoprotectant Combinations - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
Dermatological - Vasoprotectants And Combinations - Drugs For High Blood Pressure		
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	Tier 1	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 60 MG/10 ML (nimodipine)	Tier 3	PA
NYMALIZE ORAL SYRINGE 30 MG/5 ML, 60 MG/10 ML (nimodipine)	Tier 3	PA
Diuréticos - Ahorradores De Potasio-Tiazidas Y Combinaciones Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	Tier 1	
Diuréticos - Antagonista De Receptor De Aldosterona, No-Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Spironolactone tablets in 120 days; QL (600 ML per 30 days)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Diuréticos - Antagonista De Receptor De Aldosterona, Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Diuréticos - Antagonistas De Receptor Selectivo De Arginina Vasopresina V2 - Drugs For High Blood Pressure		
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	Tier 3	QL (30 EA per 365 days)
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5 ML (chlorothiazide)	Tier 2	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
THALITONE ORAL TABLET 15 MG (chlorthalidone)	Tier 2	
Fertility Enhancer - Ovulation Stimulant - Gonadotropins - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	Tier 1	
NORPACE CR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 100 MG, 150 MG (disopyramide phosphate)	Tier 2	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	Tier 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
Fertility Enhancer - Ovulation Stimulant - Synthetic (Non-Fsh) - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Tier 1	
General Anesthetics - Drugs For Cholesterol		
COQMAX OMEGA ORAL CAPSULE 174-50-115-250 MG, 348-500-100 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/coenzyme Q-10)	Tier 2	
FISH OIL ORAL CAPSULE 1,000 MG (120 MG-180 MG), 1,200 (144-216) MG, 300-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 1	
FISH OIL ORAL CAPSULE 300-500 MG, 360-1,200 MG (omega-3 fatty acids/fish oil)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FISH OIL ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 300-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 1	
<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-ast oral capsule 500-115-30-64 mg</i>	Tier 1	
<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-ast oral capsule 600-125-32.5-60 mg</i>	Tier 1	
LIPOCHOL PLUS ORAL TABLET 0.5 MG (methionine/inositol/choline/folic acid)	Tier 2	
MEGARED ADV TOTAL BODY REFRESH ORAL CAPSULE 375-350-500-30 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Tier 2	
MEGARED ADVANCED 4-IN-1 ORAL CAPSULE 339 MG-314 MG- 500 MG, 700 MG-600 MG- 900 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill oil)	Tier 2	
MEGARED ADVANCED TOTAL BODY ORAL CAPSULE 339-314-500-24 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Tier 2	
MEGARED OMEGA-3 KRILL OIL ORAL CAPSULE 1,000-230-60 MG, 350-90-24-50 MG, 500-115-30-64 MG (krill oil/omega-3 fatty acids/dha/epa/phospholipids/astaxan)	Tier 2	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 100-400-1,000 mg, 415-670 mg</i>	Tier 1	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 200-300-1,000 mg, 300-1,000 mg, 60-90-500 mg</i>	Tier 1	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 300 mg (120 mg-180mg)-1,000 mg</i>	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<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>	Tier 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)	Tier 2	
OMEGA MONOPURE EPA EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 910-1,300 MG (omega-3 fatty acids/eicosapentaenoic acid (epa)/fish oil)	Tier 2	
OMEGA MONOPURE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 430-130-650 MG, 860-260-1,300 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/dpa/fish oil)	Tier 2	
OMEGA-3 2100 ORAL CAPSULE 1,050 MG(300 MG -675 MG-75 MG) (omega-3 fatty acids/dha/epa/dpa/fish oil)	Tier 2	
<i>omega-3 fatty acids-fish oil oral capsule 300-1,000 mg</i>	Tier 1	
<i>omega-3 fatty acids-fish oil oral capsule 360-1,200 mg</i>	Tier 1	
OMEGA-3 KRILL OIL ORAL CAPSULE 350-90-24-50 MG (krill oil/omega-3 fatty acids/dha/epa/phospholipids/astaxan)	Tier 1	
<i>omega-3s-dha-epa-fish oil oral capsule 720-1,200 mg</i>	Tier 2	
OMEGAPURE 900-TG ORAL CAPSULE 964-257-643 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 2	
OMEGAPURE PRM ORAL CAPSULE 590-195-245-800 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 2	
OMEGAPURE-600 EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 650 MG-240 MG- 360 MG-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMEGAPURE-780 EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 910 MG-330 MG- 450 MG-1,400 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 2	
OMEGAPURE-820 ORAL CAPSULE 937.5 MG-320 MG - 500 MG-1,250MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 2	
OMEGAPURE-900 EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 967 MG-385 MG- 515 MG-1,290 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 2	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 500-270-135 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa)	Tier 2	
SUPERIOR OMEGA3 WITH VIT D ORAL CAPSULE 1,250 MG-1,375 MG-25 MCG (omega-3/dha/epa/other omega-3s/fish oil/vitamin D3)	Tier 2	
TRIPLE OMEGA 3-6-9 ORAL CAPSULE 400-400-400 MG (fish oil/borage oil/flaxseed oil/omega 3,6,9 combination no1)	Tier 1	
Glucocorticoid-Vitamin And/Or Nutrients - Drugs For High Blood Pressure		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG (riociguat)	Tier 3	PA
Growth Hormones - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
sotalol HCl (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Tier 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML (sotalol HCl)	Tier 2	QL: 8 BOTTLES IN 30 DAYS; ST: Must meet the following requirement: Sotalol HCL in 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hipertensión Arterial Pulmonar - Antagonistas De Receptor De Endotelina - Drugs For High Blood Pressure		
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 3	PA
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Tier 3	PA
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG (macitentan)	Tier 3	PA
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG (bosentan)	Tier 3	PA
Inhib De Antihiperlipidémicos Hmg Coa Reductasa Y Bloqueador De Canal De Calcio - Drugs For Cholesterol		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
Inhib De Antihiperlipidémicos-Hmg Coa Reductasa E Inhibidor De Absorción De Colesterol - Drugs For Cholesterol		
<i>ezetimibe-rosuvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, or Rosuvastatin Calcium in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i>	Tier 1	PA; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, or Rosuvastatin Calcium in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Lhrh (Gnrh) Agonist Analog Pituitary Suppressants - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	Tier 1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
Medical Supplies And Dme - Gloves - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Tier 1	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Tier 1	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	Tier 1	
Medical Supplies And Dme - Incontinence Supplies - Drugs For Angina		
ASPRUZYO SPRINKLE ORAL EXTEND RELEASE GRANULES, PACKET 1,000 MG, 500 MG (ranolazine)	Tier 2	PA
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Razors And Blades - Drugs For High Blood Pressure		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
Medical Supplies And Dme - Steam Inhalers - Drugs For High Blood Pressure		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML (ivabradine HCl)	Tier 2	QL (20 ML per 1 day)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (ivabradine HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Bisoprolol Fumarate, Carvedilol, or Metoprolol Succinate in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Medical Supplies And Dme - Surgical Adhesives - Drugs For High Blood Pressure		
HEMANGEOL ORAL SOLUTION 4.28 MG/ML (propranolol HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Propranolol HCL in 120 days if 1 year of age and older; QL (360 ML per 30 days)
INDERAL XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Propranolol HCL in 120 days
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Propranolol HCL in 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
sotalol HCl (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Tier 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML (sotalol HCl)	Tier 2	QL: 8 BOTTLES IN 30 DAYS; ST: Must meet the following requirement: Sotalol HCL in 120 days
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Metabolic Modifier - Carnitine Replenisher Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG, 3.5-2.5 MG, 7-5 MG (perindopril arginine/amlodipine besylate)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amlodipine Besylate, Amlodipine Besylate/Benazepril, Benazepril HCL, Captopril, Enalapril Maleate, Fosinopril Sodium, Lisinopril, Moexipril HCL, Norliqva, Perindopril Erbumine, Qbrelis, Quinapril HCL, Ramipril, or Trandolapril in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	Tier 1	
Metabolic Modifier - Homocystinuria Treatment Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Tier 1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oxytotic Mixtures - Drugs For Angina		
<i>amyl nitrite inhalation solution 0.3 ml</i>	Tier 1	
GONITRO SUBLINGUAL POWDER IN PACKET 400 MCG (nitroglycerin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Two generic sublingual Nitroglycerin products in 365 days
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
nitroglycerin (Nitro-Bid Transdermal Ointment 2 %)	Tier 2	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (nitroglycerin)	Tier 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Tier 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Tier 1	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>	Tier 1	
NITROMIST TRANSLINGUAL AEROSOL, SPRAY 400 MCG/SPRAY (nitroglycerin)	Tier 2	
NITRO-TIME ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 2.5 MG, 6.5 MG, 9 MG (nitroglycerin)	Tier 1	
Peritoneal Dialysis Solutions - Drugs For High Blood Pressure		
<i>epplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (finerenone)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Spironolactone tablets in 120 days; QL (600 ML per 30 days)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Anticuerpo Monoclonal Recombinante - Drugs For The Heart		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Tier 3	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Tier 3	PA
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Small Molecule - Drugs For The Heart		
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG (berotralstat hydrochloride)	Tier 3	PA
Posterior Pituitary Hormones - Drugs For High Blood Pressure		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Enalapril tablets in 120 days if 12 years of age and older; QL (1200 ML per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
QBRELIS ORAL SOLUTION 1 MG/ML (lisinopril)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lisinopril in 120 days if 12 years of age and older; QL (1200 ML per 30 days)
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
Prolactin Inhibitors - Drugs For High Blood Pressure		
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 4 MG, 8 MG (doxazosin mesylate)	Tier 2	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>phenoxybenzamine oral capsule 10 mg</i>	Tier 3	PA
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Agentes Únicos De Terapia De Anafilaxis - Drugs For Serious Allergic Reaction		
AUVI-Q INJECTION AUTO-INJECTOR 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Tier 2	QL (2 EA per 365 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 FILL)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Tier 2	QL (4 EA per 1 FILL)
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Drugs For Serious Allergic Reaction		
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 3	PA
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Tetracycline Antibiotics - Drugs For High Blood Pressure		
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril/valsartan)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
Vasodilatadores De Acción Directa - Drugs For High Blood Pressure		
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	
Vasodilatadores Periféricos, Agentes Individuales - Drugs For High Blood Pressure		
<i>papaverine injection solution 30 mg/ml</i>	Tier 1	
Wound Care - Growth Factor Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
Wound Care - Thrombolytic Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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		
JESDUVROQ ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG (daprodustat)	Tier 2	PA
Pnh - Complement Factor B Inhibitors		
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Tier 3	PA
Pnh - Complement Factor D Inhibitors		
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Tier 3	PA
Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood		
Agente Mimético-Factor Viii, Anticuerpo Monoclonal - Drugs For The Blood		
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 105 MG/0.7 ML, 12 MG/0.4 ML, 150 MG/ML, 30 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML), 60 MG/0.4 ML (emicizumab-kxwh)	Tier 3	PA
Agentes Hemostáticos Tópicos - Drugs To Prevent Bleeding		
ASTRINGYN TOPICAL SOLUTION 259 MG/G (ferric subsulfate)	Tier 2	
AVITENE FLOUR TOPICAL POWDER (microfibrillar collagen)	Tier 2	
AVITENE TOPICAL POWDER IN PACKET (microfibrillar collagen)	Tier 2	
AVITENE TOPICAL SHEET 35 X 35 MM, 70 X 35 MM, 70 X 70 MM (microfibrillar collagen)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENDO AVITENE TOPICAL SHEET 10 MM, 5 MM (microfibrillar collagen)	Tier 2	
GELFILM IMPLANT FILM (gelatin)	Tier 2	
GEL-FLOW NT TOPICAL SYRINGE (gelatin sponge,absorbable)	Tier 2	
GEL-FLOW TOPICAL SYRINGE KIT 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge,absorbable)	Tier 2	
GELFOAM JMI POWDER TOPICAL KIT 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge,absorbable)	Tier 2	
GELFOAM JMI SPONGE TOPICAL COMBO PACK 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge,absorbable)	Tier 2	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 TOPICAL SPONGE 200 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Tier 2	
GELFOAM TOPICAL SPONGE 4 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Tier 2	
MONSEL'S TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.2 TO 0.22 GRAM/ML (ferric subsulfate)	Tier 1	
RECOTHROM SPRAY KIT TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT (thrombin (recombinant))	Tier 2	
RECOTHROM TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (recombinant))	Tier 2	
SURGIFLO TOPICAL SYRINGE (gelatin sponge,absorbable)	Tier 2	
SYRINGE AVITENE TOPICAL POWDER (microfibrillar collagen)	Tier 2	
THROMBI-GEL TOPICAL PADS, MEDICATED 10 CM2, 100 CM2, 40 CM2 (thrombin(bov)/calcium chlor/cmc/gel,pork/dressing,hemostatic)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THROMBIN-JMI NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Tier 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Tier 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY SYRINGE 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Tier 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 20,000 UNIT (thrombin (bovine))	Tier 1	
THROMBI-PAD TOPICAL PADS, MEDICATED 3 X 3 " (thrombin(bov)/calcium chlor/cme-cell sod/dressing, hemostatic)	Tier 1	
ULTRAFOAM TOPICAL SPONGE 2 X 6.25 X 7 CM-CM-MM, 8 X 12.5 X 1 CM, 8 X 12.5 X 3 CM-CM-MM, 8 X 6.25 X 1 CM (microfibrillar collagen)	Tier 2	
Agentes Inhibidores De Esterasa C1 - Drugs For The Blood		
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT (10 ML) (C1 esterase inhibitor)	Tier 3	PA
BERINERT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (10 ML) (C1 esterase inhibitor)	Tier 3	PA
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML) (C1 esterase inhibitor)	Tier 3	PA
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT (C1 esterase inhibitor)	Tier 3	PA
RUCONEST INTRAVENOUS RECON SOLN 2,100 UNIT (C1 esterase inhibitor, recombinant)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Para Tratar Attp - Factor Anti Von Willebrand (Vwf) Dominoi A1 - Drugs For The Blood		
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG (caplacizumab-yhdp)	Tier 3	PA
CABLIVI INJECTION RECON SOLN 11 MG (caplacizumab-yhdp)	Tier 3	PA
Agonistas De Receptor De Trombopoyetina - Drugs For The Blood		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG (eltrombopag choline)	Tier 3	PA
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Tier 3	PA
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Tier 3	PA
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Tier 3	PA
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG (lusutrombopag)	Tier 3	PA
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG (eltrombopag olamine)	Tier 3	PA
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (eltrombopag olamine)	Tier 3	PA
Antagonistas De Receptores De Quimiocinas Cxcr4 - Drugs For The Blood		
XOLREMDI ORAL CAPSULE 100 MG (mavorixafor)	Tier 3	PA
Antibacterial Folate Antagonist - Other Combinations - Drugs For The Blood		
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG (vorapaxar sulfate)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsant - Barbiturate And Hydantoin Combinations - Drugs For The Blood		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-jmdb)	Tier 3	PA
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-pbbk)	Tier 3	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (tbo-filgrastim)	Tier 3	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (tbo-filgrastim)	Tier 3	PA
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Tier 3	PA
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Tier 3	PA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim)	Tier 3	PA
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim)	Tier 3	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim-aafi)	Tier 3	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-aafi)	Tier 3	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-apgf)	Tier 3	PA
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-ayow)	Tier 3	PA
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML (eflapgrastim-xnst)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-fpgk)	Tier 3	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Tier 3	PA
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Tier 3	PA
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Tier 3	PA
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-sndz)	Tier 3	PA
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-bmez)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML (epoetin alfa)	Tier 3	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML (epoetin alfa-epbx)	Tier 3	PA
Antiparkinson Combination Agents - Drugs To Prevent Blood Clots		
warfarin sodium (Jantoven Oral Tablet 1 Mg, 10 Mg, 2 Mg, 2.5 Mg, 3 Mg, 4 Mg, 5 Mg, 6 Mg, 7.5 Mg)	Tier 1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
Antiparkinson Therapy - Dopaminergic - Drugs To Prevent Blood Clots		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML (heparin sodium, porcine/PF)	Tier 1	
<i>heparin (porcine) in 0.9% nacl intravenous parenteral solution 2,500 unit/500 ml (5 unit/ml), 5,000 unit/500 ml (10 unit/ml)</i>	Tier 1	
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	Tier 1	
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	Tier 1	
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 1	
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous solution 100 unit/ml (1 ml)</i>	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) subcutaneous syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	Tier 1	
Antiparkinson Therapy - Drugs For The Blood		
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG (sargramostim)	Tier 3	PA
Antiparkinson Therapy - Morphine Derivatives - Drugs To Prevent Blood Clots		
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	Tier 1	QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Tier 1	
ENOXILUV SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML (enoxaparin sodium)	Tier 3	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 2,500 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	QL (8 ML per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 25,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	QL (7.6 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 10,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	QL (60 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	QL (30 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	QL (36 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	QL (43.2 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML, 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	QL (12 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	QL (18 ML per 30 days)
Antitubercular Agents - Drugs To Prevent Bleeding		
VONVENDI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,300 (+/-) UNIT RANGE, 650 (+/-) UNIT RANGE (von Willebrand factor (recombinant))	Tier 3	
Comb De Inhibidores De Agregación De Plaquetas-Salicilatos E Inhib De Bomba De Protones - Drugs For The Blood		
<i>aspirin-omeprazole oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 81-40 mg</i>	Tier 1	PA
YOSPRALA ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 325-40 MG, 81-40 MG (aspirin/omeprazole)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones Hemostáticas Tópicas - Drugs To Prevent Bleeding		
EVARREST TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 2 X 4 ", 4 X 4 " (fibrinogen/thrombin (human plasma derived))	Tier 2	
EVICEL TOPICAL SOLUTION 800-1,200 UNIT /ML (1 ML X 2), 800-1,200 UNIT /ML(2ML X 2), 800-1,200 UNIT /ML(5 ML X 2) (thrombin(human plasma derived)/fibrinogen/calcium chloride)	Tier 2	
FLOSEAL TOPICAL KIT 2,500 UNIT (thrombin(human plasma derived)/gelatin matrix, bovine)	Tier 2	
TACHOSIL TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 4.8 X 4.8 CM, 9.5 X 4.8 CM (fibrinogen/thrombin (human plasma derived))	Tier 2	
VISTASEAL-FIBRIN SEALANT TOPICAL SYRINGE 500 UNIT-80 MG /ML (10 ML), 500 UNIT-80 MG /ML (2 ML), 500 UNIT-80 MG /ML (4 ML) (thrombin(human plasma derived)/fibrinogen/calcium chloride)	Tier 2	
Complejo De Coagulación Anti-Inhibidor - Drugs To Prevent Bleeding		
FEIBA NF INTRAVENOUS RECON SOLN 1,750-3,250 UNIT, 350-650 UNIT, 700-1,300 UNIT (anti-inhibitor coagulant complex)	Tier 3	
Fórmulas De Enjuague De Heparina - Drugs To Prevent Blood Clots		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML (heparin sodium, porcine/PF)	Tier 1	
<i>heparin (porcine) in 0.9% nacl intravenous parenteral solution 2,500 unit/500 ml (5 unit/ml), 5,000 unit/500 ml (10 unit/ml)</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 1	
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous solution 100 unit/ml (1 ml)</i>	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 1	
Hemostático Sistémico - Agentes Antifibrinolíticos - Drugs To Prevent Bleeding		
<i>aminocaproic acid oral solution 250 mg/ml (25 %)</i>	Tier 1	
<i>aminocaproic acid oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	Tier 1	
Inhibidor De Trombina - Selectivo Directo Y Reversible - Drugs To Prevent Blood Clots		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG (dabigatran etexilate mesylate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Eliquis and Xarelto in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET 110 MG, 150 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG (dabigatran etexilate mesylate)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Agentes De Tienopiridina - Drugs For The Blood		
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 30 days)
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	Tier 1	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Ciclopentil-Triazolo.Pirimidinas (Cptps) - Drugs For The Blood		
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG (ticagrelor)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Inhibidores De Fosfodiesterasa Iii - Drugs For The Blood		
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Salicilatos - Drugs For The Blood		
ADULT ASPIRIN REGIMEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Tier 0	
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Tier 0	
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Tier 0	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	Tier 0	
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	Tier 0	
<i>aspirin oral tablet,delayed release (drlec) 325 mg, 81 mg</i>	Tier 0	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (aspirin)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Tier 0	
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Tier 0	
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET, CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Tier 0	
DURLAZA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 162.5 MG (aspirin)	Tier 2	PA
ECOTRIN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Tier 0	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET, CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Tier 0	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Tier 0	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas- Inhibidores De Pdesterasa Y Adenosin Deaminasa - Drugs For The Blood		
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
Inhibidores De Factor Indirecto Xa - Drugs To Prevent Blood Clots		
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	Tier 3	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	Tier 3	QL (18 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidores De Factor Xa Directo - Drugs To Prevent Blood Clots		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS) (apixaban)	Tier 2	QL (74 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (apixaban)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (apixaban)	Tier 2	QL (74 EA per 30 days)
SAVAYSA ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 60 MG (edoxaban tosylate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Eliquis and Xarelto in 365 days; QL (30 EA per 30 days)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9) (rivaroxaban)	Tier 2	QL (51 EA per 30 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML (rivaroxaban)	Tier 2	QL (20 ML per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (rivaroxaban)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (rivaroxaban)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
Musculoskeletal Therapy Agent - Viscosupplements - Drugs To Prevent Bleeding		
ADVATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant,full length)	Tier 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)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AFSTYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT RANGE, 1,500 (+/-) UNIT RANGE, 2,000 (+/-) UNIT RANGE, 2,500 (+/-) UNIT RANGE, 250 (+/-) UNIT RANGE, 3,000 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor VIII recomb,single-chn,B-dom truncated)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	
ESPEROCT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-dom truncated peg-exei)	Tier 3	
HEMOFIL M HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 801-1,500 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 3	
HEMOFIL M LOW INTRAVENOUS RECON SOLN 220-400 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 3	
HEMOFIL M MID INTRAVENOUS RECON SOLN 401-800 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEMOFIL M SUPER HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 1,501-2,000 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 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)	Tier 3	
JIVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-domain deleted peg-auc)	Tier 3	
KOATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 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)	Tier 3	
KOVALTRY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, full length)	Tier 3	
NOVOEIGHT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor VIII recombinant, B-domain truncated)	Tier 3	
NUWIQ INTRAVENOUS RECON SOLN 1000 UNIT, 2,000 UNIT, 2,500 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT (antihemophilic factor VIII rec HEK cell, B-domain deleted)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OBIZUR INTRAVENOUS RECON SOLN 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor VIII, recombinant porcine sequence)	Tier 3	
RECOMBINATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor VIII, human recombinant)	Tier 3	
WILATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,000 UNIT, 500-500 UNIT (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor, human)	Tier 3	
XYNTHA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb, B-domain deleted)	Tier 3	
XYNTHA INTRAVENOUS SOLUTION 2,000 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb, B-domain deleted)	Tier 2	
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS SYRINGE 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb, B-domain deleted)	Tier 3	
Neuromuscular Therapy Agents - Als Agents - Drugs To Prevent Blood Clots		
ACD SOLUTION A SOLUTION 2.45-2.2 GRAM- 800 MG/100 ML (dextrose-water/sodium citrate/citric acid)	Tier 2	
ACD-A SOLUTION (citrate dextrose solution)	Tier 2	
ACD-A SOLUTION 2.45-2.2 GRAM- 730 MG/100 ML (dextrose-water/sodium citrate/citric acid)	Tier 2	
<i>anticoag citrate phos dextrose solution 2.63-222 gram-mg/100ml</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>citric-sod citrat-sod phos-dex solution 0.327-2.63 gram/100 ml</i>	Tier 1	
REGIOCIT (EUA) SOLUTION 5.03-5.29 GRAM/L (sodium chloride/sodium citrate)	Tier 2	
<i>sodium citrate in 0.9 % nacl solution 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>sodium citrate intra-catheter solution 4 %</i>	Tier 1	
<i>sodium citrate intra-catheter syringe 4 % (3 ml), 4 % (5 ml)</i>	Tier 1	
<i>sodium citrate solution 4 gram /100 ml (4 %)</i>	Tier 1	
Pharmaceutical Adjuvants - Drugs For The Blood		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Tier 3	PA
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Tier 3	PA
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Tier 3	PA
Pnh - Complement (C3) Inhibitors - Drugs For The Blood		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BENEFIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Tier 3	
IDELVION INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX recombinant, albumin fusion protein)	Tier 3	
IXINITY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant, threonine 148)	Tier 3	
PROFILNINE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX complex, prothrombin cplx conc(pcc) no.4, 3-factor)	Tier 3	
REBINYN INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX (human) recombinant, pegylated)	Tier 3	
RIXUBIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Tier 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))	Tier 3	
SEVENFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG) (coagulation factor VIIa recombinant-jncw)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Preparaciones De Factor X - Drugs To Prevent Bleeding		
COAGADEX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (coagulation factor X)	Tier 3	
Preparaciones De Factor Xiii - Drugs To Prevent Bleeding		
CORIFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,600 UNIT (factor XIII)	Tier 3	
TRETEN INTRAVENOUS RECON SOLN 2,500 UNIT (factor XIII A-subunit, recombinant)	Tier 3	
Proteínas De Plasma Que Facilitan Anticoagulación - Drugs For The Blood		
RYPLAZIM INTRAVENOUS RECON SOLN 68.8 MG (plasminogen, human-tvmh)	Tier 3	PA
Pyruvate Kinase (Pk) Activators - Drugs For The Blood		
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG (mitapivat sulfate)	Tier 3	PA
PYRUKYND ORAL TABLETS,DOSE PACK 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) (mitapivat sulfate)	Tier 3	PA
Sickle Cell Anemia Agents, Others - Drugs For The Blood		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG (hydroxyurea)	Tier 2	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG (hydroxyurea)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Droxia or Hydroxyurea in 365 days
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG (hydroxyurea)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
Sickle Hemoglobin (Hbs) Polymerization Inhibitor - Drugs For The Blood		
OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500 MG (voxelotor)	Tier 3	PA
OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION 300 MG (voxelotor)	Tier 3	PA
Tx De Trastorno De Célula Sanguínea Y Plaquetas-Inhibidores De Tirosina Quinasa Esplénica - Drugs For The Blood		
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (fostamatinib disodium)	Tier 3	PA
Vitamins - B-1, Thiamine And Derivatives - Drugs For The Blood		
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	Tier 1	
Vitamins - Drugs For The Blood		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	
Vitamins - Water Soluble - Drugs For The Blood		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales		
Electrolyte Depleters - Sodium-Hydrogen Exchanger 3 (Nhe3) Inhibitors		
XPHOZAH ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (tenapanor HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Velphoro AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales - Drugs For Nutrition		
Agents For Opioid Withdrawal, Opioid-Type - Drugs For Nutrition		
B ACTIV ORAL CAPSULE 680 MCG DFE (vitamin B complex/methyltetrahydrofolate glucosamine)	Tier 2	
<i>b complex-vitamin c-folic acid oral tablet 400 mcg</i>	Tier 1	
BALANCED B-50 COMPLEX (FOLIC) ORAL TABLET 50 MCG (vitamin B complex/folic acid)	Tier 2	
<i>b-complex with vitamin c oral tablet</i>	Tier 1	
COMPLETE LIVER CLEANSE ORAL CAPSULE 16.7 MG-66.7 MCG-110 MG (vitamin B complex/vit C/folic acid/amino acid/herbal no.351)	Tier 2	
FOLIKA-BC ORAL TABLET 1 MG-60 MG- 300 MCG (vitamin B complex/folic acid/ascorbic acid/biotin)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS ORAL TABLET 500 MG-400 MCG- 23.9 MG-3 MG (B comp/C/folic acid/zinc sulfate/cupric sulfate/vitamin E ac)	Tier 2	
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG (vitamin B complex and vitamin C no.20/folic acid)	Tier 1	
NEPHRO VITAMINS ORAL TABLET 0.8 MG (folic acid/vitamin B complex and vitamin C)	Tier 1	
NEPHRON FA ORAL TABLET 66 MG IRON- 1,000 MCG (vit B complex and vit C no.24/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG (folic acid/vitamin B complex and vitamin C)	Tier 1	
SUPER B-50 COMPLEX ORAL CAPSULE 400 MCG-20 MG- 50 MG (vitamin B complex/folic acid/choline bitartrate/inositol)	Tier 1	
TM-VITE RX ORAL TABLET 1,000 MCG (vitamin B complex and vitamin C combination no.22/folic acid)	Tier 2	
ULTRA B-100 COMPLEX (FOODBASE) ORAL TABLET 400 MCG-100MCG- 100 MCG (vit B complex/folic acid/choline bitartrate/inositol/herbs)	Tier 1	
<i>vit b comp-folic-choline-inosi oral capsule 400 mcg-25 mg-100 mg</i>	Tier 1	
<i>vit b comp-folic-choline-inosi oral tablet extended release 400 mcg-10 mg- 10 mg</i>	Tier 1	
WESCAPS ORAL CAPSULE 1 MG (vitamin B complex and vitamin C no.20/folic acid)	Tier 1	
Alzheimer's Disease Therapy - Cholinesterase Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Tier 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 250 mcg (10,000 unit), 50 mcg (2,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral capsule 62.5 mcg (2,500 unit)</i>	Tier 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral drops 10 mcg/drop (400 unit/drop), 10 mcg/ml (400 unit/ml), 25 mcg/drop (1000 unit/drop)</i>	Tier 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral drops 125 mcg/0.5 ml (5k unit/0.5ml)</i>	Tier 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet 250 mcg (10,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, chewable 25 mcg (1,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, chewable 50 mcg (2,000 unit), 62.5 mcg (2,500 unit)</i>	Tier 2	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, disintegrating 125 mcg (5,000 unit)</i>	Tier 2	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, disintegrating 50 mcg (2,000 unit)</i>	Tier 1	
D3-2000 ORAL CAPSULE 50 MCG (2,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 1	
D-VI-SOL ORAL DROPS 10 MCG/ML (400 UNIT/ML) (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral drops 200 mcg/ml (8,000 unit/ml)</i>	Tier 1	
OSTEO-VIT3 ORAL DROPS 1,250 MCG/3 ML (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 2	
PEDIATRIC D-VITE ORAL DROPS 10 MCG/ML (400 UNIT/ML) (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 1	
<i>ergocalciferol (vitamin D2) (Vitamin D2 Oral Capsule 1,250 Mcg (50,000 Unit))</i>	Tier 1	
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1,250 MCG (50,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 1	
Amino Ácidos, Ingrediente Único, Oral (No-Inyectable) - Drugs For Nutrition		
<i>arginine (l-arginine) oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
<i>arginine hcl (l-arginine) oral tablet 1,000 mg</i>	Tier 1	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Tier 3	PA
<i>glutamine oral powder 100 %</i>	Tier 1	
L-CARNOSINE ORAL CAPSULE 500 MG (carnosine)	Tier 1	
L-GLUTAMINE ORAL CAPSULE 750 MG (glutamine)	Tier 1	
L-GLUTAMINE ORAL TABLET 1,000 MG (glutamine)	Tier 1	
<i>lysine hcl oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
<i>lysine hcl oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
N.O.MAX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 660 MG (arginine oxoglurate)	Tier 2	
<i>taurine oral capsule 1,000 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgesic Opioid Agonists - Drugs For Nutrition		
BAL-CARE DHA ESSENTIAL ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27 MG IRON-1 MG -374 MG (prenatal vit no.100/iron sod EDTA, ps cplex/folic acid/omega3)	Tier 1	
BAL-CARE DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27-1-430 MG (prenatal vit no.81/sod.feredetate-iron ps/folic acid/omega-3)	Tier 1	
CADEAU DHA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-150 MG (prenatal vitamins no.83/iron fumarate/folate combo no.6/dha)	Tier 2	
CITRANATAL (DUAL-IRON) ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.81/iron carbonyl, gluc/folic acid/docusate)	Tier 2	
CITRANATAL 90 DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 90 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG (prenatal vit no.72/iron carbony, gluc/folic acid/docusate/dha)	Tier 2	
CITRANATAL ASSURE ORAL COMBO PACK 35 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG (prenatal vit no.73/iron carbony, gluc/folic acid/docusate/dha)	Tier 2	
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -50 MG-250 MG (prenatal vit no.76/iron carbony, gluc/folic acid/docusate/dha)	Tier 2	
CITRANATAL HARMONY (IRON FUM) ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG (prenatal vitamin no.59/iron carb, fum/folic acid/docusate/dha)	Tier 2	
C-NATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -200 MG (prenatal vitamins no.11/ferrous fumarate/folic acid/omega-3)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMPLETE NATAL DHA ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamin no.52/iron/folic acid/omega-3/dha)	Tier 2	
COMPLETENATE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.14/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
DERMACINRX PRENATRIX ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX PRENATRYL ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX PRETRATE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DUET DHA WITH OMEGA-3 ORAL COMBO PACK 25 MG IRON-1 MG -400 MG (prenatal vits 106/sod feredetate-iron ps/folic acid/omega-3s)	Tier 2	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha)	Tier 2	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET 30 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.108/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 1	
MARNATAL-F ORAL CAPSULE 60 MG IRON-1 MG (prenatal vits with calcium no.65/iron polysacchar/folic acid)	Tier 1	
M-NATAL PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
MYNATAL ADVANCE ORAL TABLET 90-1-50 MG (prenatal vit with calcium 15/iron/folic acid/docusate sodium)	Tier 1	
MYNATAL ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MYNATAL ORAL TABLET 90-1-50 MG (prenatal vitamins with calcium/iron,carb/docusate/folic acid)	Tier 1	
MYNATAL PLUS ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
MYNATAL-Z ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
MYNATE 90 PLUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 90 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fum/docusate/folic ac)	Tier 1	
NATACHEW (FE BIS-GLYCINATE) ORAL TABLET,CHEWABLE 28 MG IRON -1 MG (prenatal vitamin no.55/iron fumarate,bisglycinate/folic acid)	Tier 2	
NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vitamins no.175/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
NEONATAL PLUS VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.154/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
NEONATAL-DHA ORAL COMBO PACK 29-1-200-500 MG (prenatal vit no.175/iron fum/folic acid/dha/Schiz. algal oil)	Tier 2	
NESTABS ABC ORAL COMBO PACK 32 MG IRON-1 MG - 120 MG-180 MG (prenatal vitamin comb no.86/iron ps cmplx/folic acid/dha/epa)	Tier 2	
NESTABS DHA ORAL COMBO PACK 32 MG IRON- 1,000 MCG-230MG (prenatal vits with calcium no.87/iron bisgly/folic acid/dha)	Tier 2	
NEWGEN ORAL TABLET 32-1,000 MG-MCG (prenatal vitamin no.86/iron bis-glycinate/folic acid)	Tier 1	
NEXA PLUS ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1.25 MG-55 MG (prenatal vits no.53/iron fum/folic acid/docusate calcium/dha)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE 40-10-1-300 MG (prenatal vit no.85/iron carb,asp.gly/folic acid/dha/fish oil)	Tier 2	
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE 35 MG IRON-5 MG IRON-1 MG (prenatal no56/iron carbonyl,asparto glycinate/folic acid/dha)	Tier 2	
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET 30-20-1 MG (prenatal vits no.83/iron,carbonyl,iron aspart.gly/folic acid)	Tier 2	
OB COMPLETE WITH DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-10 MG IRON-1 MG (prenatal vit no.30/iron carbonyl,asp glyc/folic acid/omega-3)	Tier 2	
OBSTETRIX DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.12/iron,carb/folic acid/docusate/omega-3)	Tier 1	
OBSTETRIX DHA PRENATAL DUO ORAL COMB PACK, TABLET DR, CAPSULE DR 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (prenatal vitamins no.12/iron carbonyl/levomefolate calc/dha)	Tier 1	
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (prenatal vitamins no.12/iron,carbonyl/levomefolate calcium)	Tier 2	
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vitamins no.127/iron,carbonyl/folic acid/docusate)	Tier 2	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha)	Tier 2	
ONE-A-DAY PRENATAL-1 ORAL CAPSULE 27 MG IRON-800 MCG-235 MG (prenatal vitamins no.168/iron/folic acid/omega-3/dha/epa)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PNV-DHA + DOCUSATE ORAL CAPSULE 27-1.25-55-300 MG (prenatal vits,calcium no.66/iron fum/folic acid/docusate/dha)	Tier 1	
PNV-SELECT ORAL TABLET 27-1 MG (prenatal vit with calcium no.40/iron fumarate/folate no.1)	Tier 1	
PR NATAL 400 EC ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29-1-400 MG (prenatal vit no.19/iron bg HCl,suc-prot/folic acid/omega-3)	Tier 1	
PR NATAL 400 ORAL COMBO PACK 29-1-400 MG (prenatal vit with calcium 53/iron bis,s-p/folic acid/omega-3)	Tier 1	
PR NATAL 430 EC ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29-1-430 MG (prenatal vit 55/iron bisgly HCl,suc-prot/folic acid/omega-3)	Tier 1	
PR NATAL 430 ORAL COMBO PACK 29 MG IRON-1 MG - 430 MG (prenatal vit with calcium 54/iron bis,s-p/folic acid/omega-3)	Tier 1	
PREGEN DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (prenatal vit no.174/iron/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Tier 2	
PRENA1 CHEW ORAL TABLET, CHEW, IR - DR, BIPHASE 1.4 MG (prenatal vitamins combination no.42/folic acid)	Tier 1	
PRENA1 PEARL ORAL CAPSULE, IR - DELAY REL, BIPHASE 30-1.4-200 MG (prenatal vit no.71/iron fum-sodium ferredetate/folic acid/dha)	Tier 1	
PRENA1 TRUE ORAL COMBO PACK 30 MG IRON- 1.4 MG-300 MG (prenatal vits no.105/iron amino acid chelate/folic acid/dha)	Tier 1	
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE 29-1.25-55-325 MG (prenatal vits with calcium no.80/iron fum/folic acid/dss/dha)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE 28-1-50-250 MG (prenatal vit with calcium no.69/iron/folic acid/docusate/dha)	Tier 1	
PRENATA ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.37/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
PRENATABS FA ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vits with calcium no.78/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
PRENATABS RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 1	
PRENATAL 19 (WITH DOCUSATE) ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG-25 MG (prenatal vits no.115/iron fumarate/folic acid/docusate sod.)	Tier 1	
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid)	Tier 2	
PRENATAL 19 ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON-1 MG (prenatal vits with calcium no.115/iron fumarate/folic acid)	Tier 1	
PRENATAL ESSENTIALS ORAL CAPSULE 6 MG IRON-272 MCG DFE (prenatal vit no.173/iron bisglycinate/folate no.11)	Tier 2	
PRENATAL MULTI-DHA(WITH VIT K) ORAL CAPSULE 27 MG IRON-800 MCG-260 MG (prenatal vits no.151/iron fum/folic acid/omega3/dha/epa/fish)	Tier 2	
PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB) ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL PLUS DHA ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -312 MG-250 MG (PNV no.72/ferrous fumarate/folic acid/omega-3/dha)	Tier 2	
PRENATAL PLUS ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 1	
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.180/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vitamins no.159/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
PRENATE DHA (FERR ASP GLYCIN) ORAL CAPSULE 18 MG IRON-1 MG -300 MG (prenatal vitamins no.78/iron asparto glycin/folate no.1/dha)	Tier 2	
PRENATE ELITE (IRON ASP GLYC) ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vits no.114/ferrous aspart glycinate/folate no.1)	Tier 2	
PRENATE ELITE ORAL TABLET 26 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.36/ferrous fumarate/folate comb. no.6)	Tier 2	
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE 28 MG IRON- 1 MG-400 MG (prenatal vitamins no.68/iron fumarate/folate no.6/dha)	Tier 2	
PRENATE MINI (FERR ASP GLYCIN) ORAL CAPSULE 18-1-350 MG (prenatal vits no.87/iron carb-asp.glycinate/folate no.1/dha)	Tier 2	
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE 10 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.85/iron asparto glycin/folate no.1/dha)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE 27 MG IRON- 1 MG-400 MG (prenatal vitamins no.69/iron fumarate/folate comb no.6/dha)	Tier 2	
PRENATE STAR ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.77/ferrous asparto glycinate/folic acid)	Tier 2	
PRIMACARE ORAL CAPSULE 30-1-300 MG (prenatal vits no.118/iron asparto glycinate/folate no.6/dha)	Tier 2	
PROVIDA OB ORAL CAPSULE 40 MG IRON- 1.25 MG (prenatal vits no.65/iron fumarate,polysac complex/folic acid)	Tier 2	
R-NATAL OB ORAL CAPSULE 20 MG IRON- 1 MG-320 MG (prenatal vitamins no.66/iron,carbonyl/folic acid/dha)	Tier 1	
SELECT-OB (FOLIC ACID) ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vit no.128/iron polysaccharide complex/folic acid)	Tier 1	
SELECT-OB + DHA ORAL COMBO PACK 29 MG IRON-1 MG -250 MG (prenatal vitamins no.33/iron polysach complex/folic acid/dha)	Tier 2	
SELECT-OB ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin no.13/iron polysaccharides/folate comb no.1)	Tier 1	
SE-NATAL 19 CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium 118/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
SE-NATAL-19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid)	Tier 2	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG (multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THRIVITE RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 2	
TRICARE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium 103/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET 60 MG IRON-1 MG (prenatal vitamin 27 with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
TRINATE ORAL TABLET 28 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.73/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
TRISTART DHA ORAL CAPSULE 31 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.93/iron carbonyl/folate comb no.9/dha)	Tier 2	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA ORAL CAPSULE 23 MG-800 MCG- 250 MG-200 MG (prenatal vit no.166/iron/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Tier 2	
VITAFOL FE PLUS ORAL CAPSULE 90 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vits no.102/iron polysacch/folate no.1/dha)	Tier 2	
VITAFOL FE+ (WITH DOCUSATE) ORAL CAPSULE 90 MG IRON-1 MG -50 MG-200 MG (prenatal vits no.102/iron polysacch/folate no.1/docusate/dha)	Tier 2	
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 3.33 MG IRON- 0.33 MG (prenatal vit no.112/iron phosph/folic acid/omega-3s/dha/epa)	Tier 1	
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vit no.67/iron polysaccharides/folate comb.no.1/dha)	Tier 2	
VITAFOL-OB ORAL TABLET 65-1 MG (prenatal vits with calcium no.10/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VITAFOL-OB+DHA ORAL COMBO PACK 65-1-250 MG (prenatal vits with calcium no.10/ferrous fum/folic acid/dha)	Tier 1	
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vits no.26/iron polysaccharide cplex/folic acid/dha)	Tier 2	
VITAMEDMD ONE RX ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1MG -200 MG (prenatal vits no.25/ferrous fumarate/folate comb. no.6/dha)	Tier 2	
VP-CH-PNV ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG (prenatal vits no.34/iron,carb/folic acid/docusate sodium/dha)	Tier 1	
WESNATAL DHA COMPLETE ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamin no.52/iron/folic acid/omega-3/dha)	Tier 2	
WESNATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -200 MG (prenatal vitamins no.11/ferrous fumarate/folic acid/omega-3)	Tier 1	
WESTAB PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE 31 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.93/iron carbonyl/folate comb no.9/dha)	Tier 1	
Analgesic Opioid Codeine Combinations - Drugs For Nutrition		
RENACARB ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 260-470 MG (magnesium carbonate/sodium bicarbonate)	Tier 1	
Analgesic Opioid Dihydrocodeine Combinations - Drugs For Nutrition		
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcium carbonate oral tablet 500 mg calcium (1,250 mg), 600 mg calcium (1,500 mg)</i>	Tier 1	
<i>calcium citrate oral tablet 200 mg (950 mg)</i>	Tier 1	
OSSOPAN MD ORAL CAPSULE 200 MG CALCIUM- 1.25 MCG (calcium combination no.35/vitamin D3/magnesium malate)	Tier 2	
OSSOPAN-1100 ORAL CAPSULE 275 MG CALCIUM (1,100 MG) (hydroxyapatite)	Tier 2	
OYSTER SHELL CALCIUM 500 ORAL TABLET 500 MG CALCIUM (1,250 MG) (calcium carbonate)	Tier 1	
Analgesic Opioid Hydrocodone Combinations - Drugs For Nutrition		
BONEUP (CALCIUM ASCORBATE) ORAL CAPSULE 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/ascorbate cal/vit K2/minerals)	Tier 2	
BONEUP ORAL CAPSULE 333 MG-8.3 MCG-116.7 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/vit C/vit K2/minerals)	Tier 2	
<i>calc carb-mag ox-d3-zinc gluc oral tablet 333 mg-133 mg-1.67 mcg-5 mg</i>	Tier 1	
<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan oral tablet 250 mg-400 unit -40 mg-5 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium 26-vit d3-magnesium 15 oral capsule 167 mg calcium- 1.67 mcg-83 mg</i>	Tier 2	
<i>calcium carb-mag ox-zinc sulf oral tablet 334-134-5 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium no.38-d3-mag-boron oral liquid 500 mg-12.5 mcg -20 mg/15 ml</i>	Tier 1	
<i>calcium phos-d3-magnesium-zinc oral tablet,chewable 100 mg-25 mcg- 17 mg-1.67 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcium-d3-zinc-copper-mangan oral tablet 325 mg-12.5 mcg -2.75 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium-magnesium-vit d3-boron oral capsule 400 mg-133 mg- 6.67 mcg-1 mg</i>	Tier 2	
<i>calcium-vitamin d3-vitamin k oral tablet, chewable 650 mg-12.5 mcg-40 mcg</i>	Tier 1	
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS ORAL TABLET 600 MG-20 MCG- 50 MG-1 MG (calcium carb/D3/mag oxide/cupric sulf/mang sulf/zinc oxide)	Tier 2	
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS ORAL TABLET, CHEWABLE 600 MG-20 MCG- 40 MG-0.25 MG (calcium carb/D3/mag oxide/cupric sulf/mang sulf/zinc oxide)	Tier 2	
MYLK ORAL CAPSULE 200 MG-6.25 MCG -50 MG (calcium no.43/vitamin D3/mag oxide/omega-3/dha/epa/fish oil)	Tier 2	
OPTIMAG PLUS CALCIUM ORAL POWDER 600 MG CALCIUM- 300 MG/SCOOP (calcium malate/magnesium amino acid chelate, malate)	Tier 2	
OSAPLEX MK-7 ORAL CAPSULE 275 MG-12.5 MCG -22.5 MCG (hydroxyapatite/vitamin D3/vitamin K2/choline/silicon)	Tier 2	
OSAPLEX ORAL CAPSULE 275 MG-25 MCG /60 MG-3 MG (hydroxyapatite/vitamin D3/choline/silicon)	Tier 2	
OSTEOPRIME PLUS CALC-MAGNESIUM ORAL TABLET 200 MG-5 MCG-75 MG-200 MCG DFE (calcium no.39/vit D3/magnesium/folate/vit K1/vit K2/minerals)	Tier 2	
ULTRA BONEUP ORAL TABLET 200 MG-8.3 MCG- 83.3 MG-8.3 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/collagen/vit C/vit K2/mineral)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VEGETARIAN BONEUP ORAL TABLET 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG (calcium/vit D2/magnesium oxide/ascorbate calcium/vit K2/min)	Tier 2	
Analgesic Opioid Pentazocine Combinations - Drugs For Nutrition		
LC-655 ORAL CAPSULE 118 MG MAGNESIUM (magnesium glycinate)	Tier 2	
MAGMIND ORAL CAPSULE 48 MG MAGNESIUM (667 MG) (magnesium L-threonate)	Tier 2	
<i>magnesium chloride oral tablet 64 mg magnesium</i>	Tier 1	
<i>magnesium citrate oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>magnesium citrate oral tablet, chewable 83.3 mg</i>	Tier 1	
<i>magnesium citrate, mag oxide oral capsule 250 mg</i>	Tier 2	
MAGNESIUM COMPLEX ORAL TABLET 300 MG MAGNESIUM (magnesium carb,citrate,oxide)	Tier 2	
<i>magnesium glycinate oral capsule 100 mg magnesium</i>	Tier 1	
<i>magnesium oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<i>magnesium oxide oral capsule 400 mg magnesium</i>	Tier 2	
<i>magnesium oxide oral tablet 250 mg magnesium, 300 mg magnesium</i>	Tier 1	
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg (241.3 mg magnesium), 420 mg, 500 mg magnesium</i>	Tier 1	
<i>magnesium oxide oral tablet, chewable 200 mg magnesium</i>	Tier 1	
OPTIMAG 125 ORAL CAPSULE 125 MG MAGNESIUM (magnesium amino acid chelate, magnesium malate)	Tier 2	
OPTIMAG NEURO ORAL CAPSULE 66.7 MG (magnesium amino acid chelate, malate, threonate)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTIMAG NEURO ORAL POWDER 200 MG MAGNESIUM/SCOOP (magnesium amino acid chelate, malate, threonate)	Tier 2	
SLOWMAG MUSCLE RECOVERY ORAL TABLET,CHEWABLE 85 MG (magnesium citrate)	Tier 2	
Analgesic Opioid Propoxyphene Combinations - Drugs For Nutrition		
LUGOLS ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Tier 2	
<i>potassium iodide oral solution 1 gram/ml</i>	Tier 1	
SSKI ORAL SOLUTION 1 GRAM/ML (potassium iodide)	Tier 1	
STRONG IODINE ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Tier 1	
XYMODINE ORAL CAPSULE 7,500-5,000 MCG (potassium iodide/iodine)	Tier 2	
Analgesic Or Antipyretic Non-Opioid And Combinations - Drugs For Nutrition		
CHILDREN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.42)	Tier 1	
GUMMY DINOS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.76)	Tier 1	
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN ORAL DROPS 250 MCG-50 MG- 10 MCG-5 MG/ML (pediatric multivitamin no.212)	Tier 1	
<i>pediatric multivitamin no.171 oral drops 750 unit-35 mg- 400 unit/ml</i>	Tier 1	
PEDIATRIC POLY-VITE ORAL DROPS 250 MCG-50 MG-10-MCG-5 MG/ML (pediatric multivitamin no.197)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEDIATRIC TRI-VITE ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG - 400 UNIT/ML (vitamin A palmitate/ascorbic acid/cholecalciferol (vit D3))	Tier 1	
POLY-VITA DROPS ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG- 400 UNIT/ML (pediatric multivitamin no.171)	Tier 2	
<i>vit a palmitate-vit c-vit d3 oral drops 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml, 750 unit-35 mg -400 unit/ml</i>	Tier 1	
Analgésico Or Antipirético No-Opioid/Sedativo Combinaciones - Drogas Para Nutrición		
DAVIMET WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.75 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.247/sodium fluoride)	Tier 2	
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG (pediatric multivitamins no.17 with sodium fluoride)	Tier 1	
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.228 with sodium fluoride)	Tier 2	
MULTIVIT-FLUORIDE (METAFOLIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.219 with sodium fluoride)	Tier 1	
POLY-VI-FLOR (ARCOFOLIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.175 with fluoride)	Tier 2	
POLY-VI-FLOR DROPS (ARCOFOLIN) ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.220 with fluoride)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
POLY-VI-FLOR DROPS ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.220 with fluoride)	Tier 2	
POLY-VI-FLOR IRON DROP(ARCOFO) ORAL DROPS 0.25MG FLUORIDE -7 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.220/sodium fluoride/iron sulfate)	Tier 2	
POLY-VI-FLOR W-IRON(ARCOFOLIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG FLUORIDE -10 MG IRON (pediatric multivitamin no.175 with fluoride and iron)	Tier 2	
Anticonvulsant - Carbamates - Drugs For Nutrition		
ADENO-HYDROXO B12 ORAL TABLET,DISINTEGRATING 2,500 MCG (hydroxocobalamin acetate/cobamamide)	Tier 2	
B12 ACTIVE ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MCG (mecobalamin)	Tier 2	
B12 SUBLINGUAL LOZENGE 5,000-100 MCG (cyanocobalamin/cobamamide)	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution 1,000 mcg/ml</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) nasal spray,non-aerosol 500 mcg/spray</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral liquid 1,000 mcg/15 ml</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral lozenge 2,000 mcg</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral lozenge 500 mcg</i>	Tier 2	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet 1,000 mcg, 100 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet extended release 1,000 mcg, 2,000 mcg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet, chewable 1,500 mcg, 500 mcg</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual lozenge 3,000 mcg</i>	Tier 2	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual tablet 1,000 mcg</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual tablet 3,000 mcg</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin-cobamamide sublingual tablet 5,000-100 mcg</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin-methylcobalamin sublingual drops 5,000 mcg/ml</i>	Tier 2	
<i>cyanocobalamin (vitamin B-12) (Dodex Injection Solution 1,000 Mcg/MI)</i>	Tier 1	
<i>hydroxocobalamin intramuscular solution 1,000 mcg/ml</i>	Tier 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) injection recon soln 10,000 mcg</i>	Tier 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral lozenge 1,000 mcg</i>	Tier 2	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, chewable 1,000 mcg</i>	Tier 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, chewable 2,500 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg</i>	Tier 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, disintegrating 5,000 mcg</i>	Tier 1	
VITAMIN B-12 ORAL TABLET 1,000 MCG (cyanocobalamin (vitamin B-12))	Tier 1	
Anticonvulsant - Hydantoins - Drugs For Nutrition		
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYLAZINC ORAL TABLET 1 MG-1.5 MG- 1.7 MG-50 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/niacin/pyridoxine/B12/C/zinc)	Tier 2	
<i>methyltetrahydrofolate glucos oral capsule 1,700 mcg dfe, 680 mcg dfe, 8,500 mcg dfe</i>	Tier 1	
Anticonvulsant - Oxazolidinediones - Drugs For Nutrition		
ACCRUFER ORAL CAPSULE 30 MG (ferric maltol)	Tier 2	PA
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Velphoro AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
FERGON ORAL TABLET 225 MG (27 MG IRON) (ferrous gluconate)	Tier 1	
FERRETTIS IPS ORAL CAPSULE 18 MG (iron succinyl-protein complex)	Tier 1	
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 mg (106 mg iron)</i>	Tier 1	
<i>ferrous gluconate oral tablet 324 mg (37.5 mg iron)</i>	Tier 1	
<i>ferrous sulfate oral drops 15 mg iron (75 mg)/ml</i>	Tier 1	
<i>ferrous sulfate oral elixir 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	Tier 1	
<i>ferrous sulfate oral liquid 300 mg (60 mg iron)/5 ml</i>	Tier 1	
<i>ferrous sulfate oral solution 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	Tier 1	
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 mg (65 mg iron)</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ferrous sulfate oral tablet, delayed release (drlec) 324 mg (65 mg iron)</i>	Tier 1	
FE-VITE ORAL DROPS 15 MG IRON (75 MG)/ML (ferrous sulfate)	Tier 1	
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG IRON/5 ML (iron polysaccharide complex)	Tier 2	
IRON (FERROUS SULFATE) ORAL TABLET 325 MG (65 MG IRON) (ferrous sulfate)	Tier 1	
<i>iron bisglycinate chelate oral capsule 28 mg iron</i>	Tier 2	
<i>iron bisglycinate chelate oral capsule 29 mg iron</i>	Tier 1	
NEONATAL FE ORAL TABLET 90 MG-120 MG-12 MCG-1,000 MCG (iron, carbonyl/ascorbic acid/cyanocobalamin/folic acid)	Tier 2	
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG IRON (iron polysaccharide complex)	Tier 1	
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg iron</i>	Tier 1	
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 137 MG (45 MG IRON) (ferrous sulfate)	Tier 2	
SLOW RELEASE IRON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 142 MG (45 MG IRON), 143 MG (45 MG IRON) (ferrous sulfate)	Tier 1	
TRIFERIC HEMODIALYSIS POWDER IN PACKET 272 MG IRON (ferric pyrophosphate citrate)	Tier 2	
TRIFERIC HEMODIALYSIS SOLUTION 27.2 MG IRON/5 ML (ferric pyrophosphate citrate)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsant - Succinimides - Drugs For Nutrition		
BENTIVITE BX ORAL TABLET 35 MG IRON- 1 MG (ferrous sulfate/folic acid)	Tier 2	
FERIVA 21-7 ORAL TABLET 75 MG IRON-175 MG-1 MG-12 MCG (iron asp gly/ascorbic acid/folate no.1/vit B12/zinc/succinic)	Tier 2	
FERIVA FA (WITH SUMALATE) ORAL CAPSULE 110 MG-175 MG- 1 MG-12 MCG (iron bisgly,aspart,fumarate/vit C/folate/B12/biotin/cupric)	Tier 2	
GENTLE IRON ORAL CAPSULE 28 MG IRON-60MG -400 MCG-8 MCG (iron bis-glycinate chelate/ascorbic acid/folic acid/vit B12)	Tier 2	
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG (ferrous fumarate/ascorbic acid/cyanocobalamin/folic acid)	Tier 1	
HEMATOGEN ORAL CAPSULE 66 MG IRON- 250 MG-10 MCG (ferrous fumarate/ascorbic acid/cyanocobalamin)	Tier 2	
HEMATRON-AF ORAL TABLET 150 MG-1,700 MCG DFE-500 MG (iron,carbonyl/levomefolate calcium/vit C/vit E/B12/B7/copper)	Tier 2	
IRON FOLATE PLUS ORAL CAPSULE 125 MG IRON- 1 MG (iron fumarate,polysac cplex/folic acid/vitB comp with C no.9)	Tier 1	
IRON FOLATE-F ORAL CAPSULE 125-1-40-3 MG (iron fumarate,polysac comp/folic acid/vitamin C/niacinamide)	Tier 1	
<i>iron,carbonyl-vitamin c oral tablet 100-250 mg</i>	Tier 1	
MAXFE (FOLATE) ORAL TABLET 160 MG-1,700 MCG DFE-60 MCG (iron carb,glycinate/folate/B12/mag ascorbate/biotin/zinc)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROTECT IRON LIQUID ORAL LIQUID 100 MG IRON-250 MG/5 ML (iron polysaccharide complex/ascorbic acid/vitamin B complex)	Tier 2	
TULIVITE ORAL TABLET 35 MG IRON- 1 MG (ferrous sulfate/folic acid)	Tier 2	
VITABEX IRON ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 50 MG-1 MG DFE (iron bisglycinate/C/methylfolate/B12/L. acidoph,plant/inulin)	Tier 2	
VITRON-C ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 65 MG IRON- 125 MG (iron,carbonyl/ascorbic acid)	Tier 2	
Anticonvulsants - Drugs For Nutrition		
DANDLELION KISSES ORAL DROPS 24 % (sucrose)	Tier 2	
<i>saccharin powder</i>	Tier 2	
Antidementia - Nootropics - Drugs For Nutrition		
<i>vitamin e (dl, acetate) oral capsule 180 mg (400 unit), 45 mg (100 unit), 450 mg (1,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>vitamin e (dl, acetate) oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	Tier 1	
<i>vitamin e (dl, acetate) oral drops 45 mg/0.25ml 100 unit/0.25ml</i>	Tier 1	
<i>vitamin e acetate (bulk) liquid 125 unit/ml</i>	Tier 2	
Anti-Obesity - Fat Absorption Decreasing Agents - Drugs For Nutrition		
<i>niacin (inositol niacinate) oral capsule 400 mg niacin (500 mg)</i>	Tier 1	
<i>niacin (inositol niacinate) oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	
<i>niacin oral tablet 100 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>niacin oral tablet extended release 500 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>niacinamide oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
Anti-Obesity - Hormonal Agents - Drugs For Nutrition		
<i>riboflavin (vitamin b2) oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Anti-Obesity - Monoamine Reuptake Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>calcium pantothenate oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
<i>pantethine oral capsule 450 mg</i>	Tier 1	
Anti-Obesity - Serotonin Reuptake Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>pyridoxine (vitamin b6) injection solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral liquid 100 mg/2.5 ml</i>	Tier 2	
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Anti-Obesity Agents - Drugs For Nutrition		
<i>benfotiamine oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) injection solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Attention Deficit-Hyperactivity (Adhd) Therapy, Stimulant-Type - Drugs For Nutrition		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/ML (ascorbic acid)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ascorbic acid (vitamin c) injection solution 500 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral capsule 1,000 mg</i>	Tier 1	
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>ascorbic acid(vitamin c)(bulk) granules 100 %</i>	Tier 2	
<i>ascorbic acid-ascorbate sodium oral tablet, chewable 94 mg</i>	Tier 1	
BUFFERED C POWDER ORAL POWDER IN PACKET 3,000 MG (ascorbic acid/minerals)	Tier 2	
EASY-C IMMUNE HEALTH ORAL TABLET 500 MG (ascorbate calcium/ascorbyl palmitate)	Tier 1	
LIQUID C ORAL LIQUID 500 MG/5 ML (ascorbic acid)	Tier 1	
VITAJoy DAILY C ORAL TABLET, CHEWABLE 125 MG (ascorbic acid)	Tier 1	
VITAMIN C WITH ROSE HIPS ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (ascorbic acid)	Tier 1	
XCELLENT C ORAL CAPSULE 750-7.5 MG (ascorbate calcium, magnesium, potassium/black pepper extract)	Tier 2	
Carbacephem Antibiotics - Drugs For Nutrition		
AZESCO ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Tier 2	
NATAL PNV ORAL TABLET 6 MG IRON- 833.5 MCG DFE (prenatal vitamins no.164/ferrous gluconate/folate combo no.6)	Tier 1	
ONE-A-DAY PRENATAL ORAL TABLET, CHEWABLE 400 MCG- 25 MG (prenatal vitamins no.167/folic acid/docosahexaenoic acid)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PNV TABS 20-1 ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.163/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 2	
PRENATAL GUMMIES(ZINC CHELATE) ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (prenatal vitamins no.178/folic acid/omega3/dha/epa/fish oil)	Tier 1	
ZALVIT ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Tier 2	
ZIPHEX ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Tier 2	
Central Alpha-2 Receptor Agonists - Drugs For Nutrition		
<i>acetylcarnitine oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	
CARNITEX ORAL CAPSULE 340 MG (levocarnitine tartrate)	Tier 2	
L-CARNITINE (TARTRATE) ORAL CAPSULE 500 MG (levocarnitine tartrate)	Tier 1	
L-CARNITINE ORAL CAPSULE 500 MG (levocarnitine)	Tier 1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Tier 1	
<i>levocarnitine tartrate oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Combination Agents - Drugs For Nutrition		
EMERGEN-C ELDERBERRY ORAL TABLET,CHEWABLE 133.3-16.7 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/elderberry fruit)	Tier 2	
SAMBUCUS ELDERBERRY VITAMIN C ORAL LOZENGE 250-12.5 MG (ascorbic acid/ascorbate sodium/elderberry fruit)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VITAMIN C FIZZY DRINK ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000 MG (ascorbic acid/multivit with minerals)	Tier 1	
VITAMIN C POWDER BLEND ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000 MG (ascorbic acid/multivit with minerals)	Tier 1	
Cloruro De Sodio, Parenteral - Drugs For Nutrition		
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	Tier 1	
Cns Stimulant - Analeptics - Drugs For Nutrition		
<i>biotin oral capsule 10,000 mcg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>biotin oral tablet 1 mg</i>	Tier 2	
<i>biotin oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	
<i>biotin oral tablet,chewable 2,500 mcg</i>	Tier 1	
<i>biotin oral tablet,chewable 5,000 mcg</i>	Tier 1	
<i>biotin oral tablet,disintegrating 10,000 mcg, 5,000 mcg</i>	Tier 1	
HAIR, SKIN AND NAILS (BIOTIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 10,000 MCG (biotin)	Tier 1	
VITAJoy BIOTIN ORAL TABLET,CHEWABLE 2,500 MCG (biotin)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cognitive Disorder Therapy - Antidementia - Drugs For Nutrition		
A-25 (VIT A PALMITATE) ORAL CAPSULE 7,500 MCG (25,000 UNIT) (vitamin A palmitate)	Tier 1	
<i>beta carotene oral capsule 7,500 mcg (25,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>vitamin a oral capsule 3,000 mcg (10,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>vitamin a palmitate oral capsule 3,000 mcg (10,000 unit)</i>	Tier 1	
Combinaciones De Amino Ácido-Amino Ácido, Oral - Drugs For Nutrition		
XYMOBOLX ORAL POWDER (amino acids)	Tier 2	
Combinaciones De Bioflavonoides - Drugs For Nutrition		
ACTIFLOVIT ORAL TABLET 200-100 MG (bioflavonoid, lemon/vitamin B comp and C)	Tier 1	
<i>ascorbate calcium-bioflavonoid oral tablet 500-250 mg</i>	Tier 1	
BIO C 1:1 ORAL CAPSULE 500-500 MG (ascorbic acid/bioflavonoids)	Tier 2	
DIOVASC ORAL CAPSULE 500 MG (hesperidin/diosmin)	Tier 2	
LIPO-FLAVONOID ORAL TABLET 500 MG (inositol/choline bitart/bioflavonoid,lemon/vit B complex C)	Tier 2	
Combinaciones De Vitamina D Y Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
CHOLECAL DF ORAL TABLET 95 MCG (3,800 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX DOTREMIN ORAL TABLET 250 MCG (10,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX FOLDITAM ORAL TABLET 250 MCG (10,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX FOLIXAPURE ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX FOLIXATE ORAL TABLET 125 MCG- 1,700 MCG DFE (cholecalciferol (vit D3)/levomefolate calcium)	Tier 2	
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX FOLTREXYL ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX PUREFOLTIN ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 2	
FOLIC D3 ORAL CAPSULE 94.38 MCG(3,775 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 1	
OSTACHOL ORAL TABLET 95 MCG (3,800 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 2	
Diluents - Others - Drugs For Nutrition		
STERILE HYDROGEL FOR JELMYTO INTRA-PYELOCALYCEAL SOLUTION (diluent for mitomycin (hydroxypropyl,poloxam,polyethyl))	Tier 2	
Diluyentes - Cloruro De Sodio - Drugs For Nutrition		
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride injection syringe 0.9 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diluyentes - Diluyentes De Vacunas - Drugs For Nutrition		
DILUENT FOR ROTARIX ORAL SYRINGE (diluent for oral live rotavirus vaccine (calcium carbonate))	Tier 2	
Diluyentes - Soluciones Diluyentes De Insulina - Drugs For Nutrition		
DILUTING MEDIUM FOR NOVOLOG INJECTION SOLUTION (diluent,insulin aspart combination no.1)	Tier 2	
Dmard - Antimetabolites - Drugs For Nutrition		
IS-ZC 50 ORAL TABLET 50 MG (zinc citrate, zinc oxide)	Tier 2	
PEPCIX ORAL TABLET,CHEWABLE 16 MG (polaprezinc (zinc carnosine))	Tier 2	
<i>zinc citrate oral tablet,chewable 11 mg, 16.7 mg</i>	Tier 2	
<i>zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
<i>zinc glycinate oral capsule 20 mg</i>	Tier 1	
<i>zinc glycinate oral capsule 30 mg</i>	Tier 2	
<i>zinc glycinate oral tablet,chewable 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>zinc sulfate oral capsule 50 mg zinc (220 mg)</i>	Tier 1	
<i>zinc sulfate oral tablet 50 mg zinc (220 mg)</i>	Tier 1	
Dmard - Pyrimidine Synthesis Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>ascorbic acid-zinc oxide oral capsule 90-50 mg</i>	Tier 1	
<i>vit c-zinc cit,gluc-echin purp oral lozenge 100-23-20 mg</i>	Tier 1	
ZINC BALANCE ORAL CAPSULE 15-1 MG (zinc methionine sulfate/copper gluconate)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
General Anesthetic - Parenteral, Barbiturates - Drugs For Nutrition		
PHENEX-1 ORAL POWDER 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (infant formula for PKU, iron, no.2)	Tier 2	
Immunosuppressive - Purine Analogs - Drugs For Nutrition		
GLUTAREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, glutaric aciduria type 1)	Tier 2	
Lavados De Cloruro De Sodio - Drugs For Nutrition		
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9 INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Tier 1	
CLEARSHIELD SODIUM CHLOR FLUSH INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Tier 1	
NORMAL SALINE FLUSH INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Tier 1	
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride 0.9 % (flush) injection syringe</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Tier 1	
Local Anesthetic - Esters - Drugs For Nutrition		
GI PROTECT ORAL POWDER 2 GRAM-25 KCAL /SCOOP (whey protein concentrate)	Tier 2	
IGG 2000 CWP ORAL CAPSULE 500 MG (whey protein concentrate)	Tier 2	
IGG 2000 CWP ORAL POWDER 4 GRAM-20 KCAL /5 GRAM (whey protein concentrate)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IGG PURE ORAL POWDER 8 GRAM-40 KCAL /SCOOP (whey protein concentrate)	Tier 2	
LIQUACEL ORAL LIQUID 16-100 GRAM-KCAL/30 ML (amino acids/protein hydrolysate)	Tier 2	
NEW ZEALAND WHEY PROTEIN ORAL POWDER 15 GRAM-70 KCAL/16.9 GRAM (whey protein isolate)	Tier 2	
PROCEL SINGLES ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM-26 KCAL (whey protein concentrate)	Tier 2	
PROSOURCE ORAL PACKET 7.5 GRAM (calcium caseinate/whey)	Tier 2	
<i>whey protein, conc-isolate oral powder 30 gram- 170 kcall/scoop, 30 gram- 180 kcall/scoop</i>	Tier 1	
Medical Supplies And Dme - Miscellaneous Other - Drugs For Nutrition		
CYCLINEX-2 ORAL POWDER 15 GRAM-440 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, urea cycle disorder)	Tier 2	
EAA UCD ORAL POWDER IN PACKET 40 GRAM-310 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, urea cycle disorder)	Tier 1	
Migraine Therapy - Serotonin (5-Ht) Receptor Antagonists - Drugs For Nutrition		
BIOLYTE ORAL LIQUID (electrolytes/dextrose/multivit/amino/ginger/milk thistle)	Tier 2	
CERASPORT ENDURANCE ORAL POWDER IN PACKET 400 MG-160 MG/42 GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice/whey)	Tier 1	
CERASPORT EX1 ORAL POWDER 200 MG-100 MG- 20 KCAL/6 GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice syrup)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CERASPORT PLUS ORAL POWDER IN PACKET 230 MG-85 MG- 120 KCAL/31GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice syrup)	Tier 1	
<i>electrolytes-dextrose oral packet</i>	Tier 1	
<i>electrolytes-dextrose oral solution</i>	Tier 1	
ENSURE RAPID HYDRATION ORAL POWDER IN PACKET 30 MEQ-10 MEQ- 25 MEQ-11 GRAM (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Tier 2	
HYDRALYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Tier 1	
HYDRALYTE PLUS ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000-300 MG (electrolytes/dextrose/ascorbic acid/elderberry fruit)	Tier 2	
KINDERLYTE HERBAL IMMUNITY ORAL POWDER IN PACKET 270 MG-25 MCG- 140 MG-50 MG (electrolytes/dextr/vit C/vit D3/turmeric rt xt/elderberry fr)	Tier 2	
ORALYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Tier 1	
PEDIALYTE SPARKLING RUSH ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 28.3 MEQ-18.2 MEQ-16.6 MEQ (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Tier 2	
PEDIATRIC ELECTROLYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Tier 1	
Minerales Y Electrolitos - Cloruro De Sodio, Oral - Drugs For Nutrition		
<i>sodium chloride oral solution 234 mg/ml (4 meq/ml)</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride tablet, soluble 1,000 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Magnesio - Drugs For Nutrition		
<i>magnesium citrate-lemon balm oral tablet, chewable 66.6-25 mg</i>	Tier 1	
MAGNESIUM OPTIMIZER ORAL TABLET 50-25-175-1 MG (magnesium malate/potassium citrate/taurine/pyridoxal)	Tier 2	
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Potasio - Drugs For Nutrition		
<i>mag citrate-potassium citrate oral capsule 70-99 mg</i>	Tier 1	
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Sustitutos De Calcio/Vitamina D - Drugs For Nutrition		
ALIVE CALCIUM-VITAMIN D3 ORAL TABLET, CHEWABLE 260 MG CALCIUM- 25 MCG-50 MG (calcium phosphate, tribasic/vitamin D3/herbal complex no.293)	Tier 2	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet 250 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-15 mcg (600 unit), 500 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-20 mcg (800 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	Tier 1	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet, chewable 500 mg-10 mcg (400 unit)</i>	Tier 1	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet, chewable 500 mg-2.5 mcg (100 unit)</i>	Tier 2	
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 200 mg-6.25 mcg (250 unit), 315 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-6.25 mcg (250 unit)</i>	Tier 1	
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet, chewable 500 mg-12.5 mcg (500 unit)</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcium phosphate-vitamin d3 oral tablet, chewable 250 mg-10 mcg (400 unit), 250 mg-12.5 mcg (500 unit)</i>	Tier 1	
CALTRATE 600 PLUS D ORAL TABLET, CHEWABLE 600 MG-20 MCG (800 UNIT) (calcium carbonate/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 2	
OYSTER SHELL CALCIUM-VIT D3 ORAL TABLET 500 MG-5 MCG (200 UNIT) (calcium carbonate/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 1	
UPCAL D ORAL POWDER IN PACKET 500 MG-12.5 MCG /5 GRAM (calcium citrate/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 2	
YOGURT PLUS CALCIUM GUMMIES ORAL TABLET, CHEWABLE 250 MG-2.5 MCG (100 UNIT) (calcium phosphate, tribasic/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 1	
Minerales Y Electrolitos - Minerales Múltiples - Drugs For Nutrition		
MINREX ORAL CAPSULE 25-100 MG (minerals/potassium glycinate/betaine hydrochloride)	Tier 2	
Minerales Y Electrolitos - Potasio, Oral - Drugs For Nutrition		
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 10 MEQ, 20 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Tier 2	
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 25 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Tier 1	
potassium chloride (Klor-Con M10 Oral Tablet, Er Particles/Crystals 10 Meq)	Tier 1	
potassium chloride (Klor-Con M15 Oral Tablet, Er Particles/Crystals 15 Meq)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
potassium chloride (Klor-Con M20 Oral Tablet, Er Particles/Crystals 20 Meq)	Tier 1	
POKONZA ORAL PACKET 10 MEQ (potassium chloride)	Tier 1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	Tier 1	
<i>potassium citrate oral capsule 99 mg</i>	Tier 2	
<i>potassium gluconate oral tablet 595 mg (99 mg)</i>	Tier 1	
Minerales Y Electrolitos - Trazas De Minerales - Drugs For Nutrition		
<i>chromium picolinate oral tablet 200 mcg</i>	Tier 1	
<i>selenium oral tablet 50 mcg</i>	Tier 1	
Multivitámicos - Drugs For Nutrition		
ADEK GUMMIES PLUS ZINC ORAL TABLET, CHEWABLE 2,400 MCG-18.75 MCG-67MG-400MCG (vitamin A/cholecalciferol (vit D3)/vit E/vit K1/zinc ascorb)	Tier 2	
ALTRIXA ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin combination no.61/folic acid)	Tier 2	
CENTRUM ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CENTURY ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
CERTAVITE-ANTIOXIDANT ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 1	
DAVIMET-M ORAL TABLET,CHEWABLE 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.35/levomefolate calcium)	Tier 2	
DERMACINRX DAVIMET ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MCG (multivitamin combination no.58/folic acid)	Tier 2	
ENBRACE HR ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 1.5 MG IRON- 8.73 MG-6.4 MG (multivit no.41/iron cysteine glycinate/folate no.8/phosph-dha)	Tier 2	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha)	Tier 2	
HI-D ADEK GUMMIES PLUS ZINC ORAL TABLET,CHEWABLE 2,400 MCG-62.5 MCG-67 MG (vitamin A/cholecalciferol (vit D3)/vit E/vit K1/zinc ascorb)	Tier 2	
HIGH POTENCY MULTIVIT (W-IRON) ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 1	
<i>multivitamin oral tablet</i>	Tier 1	
NESTABS ONE ORAL CAPSULE 38-1-225 MG (multivit 42/iron carbonyl,b-g che/methyltetrahydrofolate/dha)	Tier 2	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG-1,700 MCG DFE-225 MG (multivitamin comb no.42/iron,carbonyl/levomefolate/dha)	Tier 2	
ONE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET (multivitamin)	Tier 1	
ONE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 1	
ONEVITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 1	
PNV-DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Tier 1	
PRENATAL-U ORAL CAPSULE 106.5-1 MG (multivitamin combination no.51/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
PRENATE AM ORAL TABLET 1-500 MG (multivit no.38/methyltetrahydrofolate glucos,folic acid/ginger)	Tier 2	
PRENATE CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (multivitamin no.36/methyltetrahydrofolate gluc,folic acid)	Tier 2	
PRENATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.45/iron fumarate/folate comb no.6/dha)	Tier 2	
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.46/iron fumarate/folate comb. no.6/dha)	Tier 2	
PRENATE ESSENTIAL(IRON-ASP-GL) ORAL CAPSULE 18 MG IRON- 1 MG-300 MG (multivitamin no.40/iron asparto glycinate/folate no.1/dha)	Tier 2	
SPECTRAVITE ADULT ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
SPECTRAVITE WOMEN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
TAB-A-VITE ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 1	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG (multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha)	Tier 1	
THEREMS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 1	
WESCAP-PN DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG - 300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Tier 1	
ZATEAN-PN DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG - 300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Tier 1	
Nsaid Analgesics And Nsaid Combinations - Drugs For Nutrition		
PHOSPHOROUS SUPPLEMENT ORAL POWDER IN PACKET 280-160-250 MG (sodium phosphate/potassium phosphates, monobasic and dibasic)	Tier 1	
<i>potassium, sodium phosphates oral powder in packet 280-160-250 mg</i>	Tier 1	
WES-PHOS 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (sodium phosphate,dibasic/pot phos,monob/sod phosphate mono)	Tier 1	
Opioid Reversal Agents - Opioid Antagonists - Drugs For Nutrition		
ELDERTONIC ORAL LIQUID 3.6 MG-0.75 MG /15 ML (vitamin B complex/zinc sulfate/manganese sulfate)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Acidemia Isovalérica - Drugs For Nutrition		
I-VALEX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for isovaleric acidemia with iron)	Tier 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Acidemia Propiónica - Drugs For Nutrition		
PROPIMEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL (nutritional therapy for propionic acidemia with iron)	Tier 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Fenilcetonuria (Pku) - Drugs For Nutrition		
GLYTACTIN BETTERMILK 5-5 ORAL POWDER 38 GRAM-400 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for PKU no.64)	Tier 2	
NEOPHE ORAL POWDER 60 GRAM-345 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU), no.38)	Tier 2	
PHENEX-1 ORAL POWDER 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (infant formula for PKU, iron, no.2)	Tier 2	
PHENEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL/100 G (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU) with iron no.1)	Tier 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Msud - Drugs For Nutrition		
KETONEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL (nutritional therapy for MSUD with iron)	Tier 2	
VILACTIN AA PLUS 15 PE ORAL POWDER IN PACKET 37.6 GRAM-375 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for MSUD with iron)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Producto Nutricional - Fórmula Específica Libre De Metionina - Drugs For Nutrition		
HCU MAXAMUM ORAL POWDER 40 GRAM-305 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Tier 1	
HOMINEX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Tier 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica Para Condición Médica - Drugs For Nutrition		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Tier 3	PA
<i>ribose oral powder 10 kcal /2 gram (scoop)</i>	Tier 1	
Producto Nutricional - Fórmula Específica Para Tirosinemia - Drugs For Nutrition		
TYREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for tyrosinemia with iron)	Tier 2	
Producto Nutricional - Lípidos Otros - Drugs For Nutrition		
DOJOLVI ORAL LIQUID 8.3 KCAL/ML (triheptanoin)	Tier 3	PA
MCT OIL ORAL OIL 14 GRAM-120 KCAL/15 ML (medium chain triglycerides)	Tier 2	
<i>medium chain triglycerides oral oil 14 gram-130 kcal/15 ml</i>	Tier 1	
Producto Nutricional - Terapia Nutricional - Drugs For Nutrition		
ALFAMINO JUNIOR ORAL POWDER 14 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BOOST GLUCOSE CONTROL ORAL LIQUID 0.07-0.8 GRAM-KCAL/ML (nutritional tx. glucose intolerance,lactose-free,soy/fiber)	Tier 2	
ENSURE CLEAR THERAPEUTIC ORAL LIQUID 0.035-1 GRAM-KCAL/ML (nutritional therapy for impaired digestive function)	Tier 2	
ENSURE SURGERY ORAL LIQUID 0.08-1.4 GRAM-KCAL/ML (nutritional therapy, compromised immune system, regular)	Tier 2	
ENSURE SURGERY PERIOP BUNDLE ORAL LIQUID 0.08 GRAM- 1.4 KCAL/ML (nut.tx.compromised immune system, reg-maltodextrin-fructose)	Tier 2	
GLUCERNA HUNGER SMART ORAL LIQUID (nutritional therapy, glucose intolerance,lactose-free,soy)	Tier 2	
GLUCERNA SNACK BAR ORAL BAR 11 GRAM-160 KCAL/40 GRAM (nutritional therapy, glucose intolerance,soy)	Tier 2	
GLUTAREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, glutaric aciduria type 1)	Tier 2	
IMPACT ADVANCED RECOVERY ORAL LIQUID 0.1 GRAM-1.12 KCAL/ML (nutritional therapy, compromised immune system, regular)	Tier 2	
NEPRO CARB STEADY ORAL LIQUID 0.08 GRAM-1.8 KCAL/ML (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-reduced)	Tier 2	
OPTICLEANSE GHI ORAL POWDER IN PACKET 26 GRAM-210 KCAL, 26 GRAM-230 KCAL (nutritional therapy for impaired digestive function)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 2	
PROVIMIN ORAL POWDER 73 GRAM-313 KCAL/100 GRAM (nutritional supplement)	Tier 2	
RENAMENT ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM- 210 KCAL (nutritional therapy, impaired renal function)	Tier 2	
RESTORE FUSION RENAL SUPPORT ORAL POWDER 2 GRAM-100 KCAL /21 GRAM (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-free)	Tier 2	
RESTORE RENAL SUPPORT ORAL POWDER 2 GRAM-100 KCAL /21 GRAM (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-free)	Tier 2	
SUPLENA CARB STEADY ORAL LIQUID 0.04 GRAM-1.8 KCAL/ML (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-reduced)	Tier 2	
VITAL AF 1.2 CAL ORAL LIQUID 0.08 GRAM- 1.2 KCAL/ML (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Tier 2	
Reductores De Electrolitos - Resina De Intercambio De Iones - Drugs For Nutrition		
sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution (Kionex (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Tier 1	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM (sodium zirconium cyclosilicate)	Tier 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	Tier 1	
sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution (Sps (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPS (WITH SORBITOL) RECTAL ENEMA 30-40 GRAM/120 ML (sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution)	Tier 2	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM (patiomer calcium sorbitex)	Tier 2	PA
Salicylate Analgesics - Drugs For Nutrition		
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S ORAL TABLET 8 MG IRON- 400 MCG-50 MCG (multivit-calc-min/ferrous fumarate/folic acid/vit K1/lutein)	Tier 2	
ACTIVNUTRIENTS (NO IRON) ORAL CAPSULE 170 MCG DFE (multivit with minerals/methyltetrahydrofolate glucosamine)	Tier 2	
ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.75 MG- 85 MCG DFE (multivitamin-minerals no.98/ferric glycinate/m-hydrofolate)	Tier 2	
ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN ORAL POWDER 340 MCG DFE- 15 MCG/3 GRAM (multivit with minerals/methyltetrahydrofolate glucosa/vit K2)	Tier 2	
ACTIVNUTRIENTS ORAL CAPSULE 1.25 MG IRON- 170 MCG DFE (multivit with min/iron bis-gly/methyltetrahydrofolate gluc)	Tier 2	
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE ORAL CAPSULE 72.25 MCG DFE- 22.5 MG (multivit-min/folate no.11/milk thistle seed extract/herbs)	Tier 2	
ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON) ORAL CAPSULE 170 MCG DFE (multivit with minerals/leucovorin calc,m-folate glucosamine)	Tier 2	
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH ORAL CAPSULE 250-5-1 MG (vit C,E,zinc,copper 11/omega-3/dha/epa/fish/lutein/zeaxanth)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG, 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
ADULTS 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 1	
ADULTS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Tier 1	
ALIVE DAILY ENERGY ORAL TABLET 18 MG IRON- 240 MCG-40 MCG (multivitamin/iron/folic/K1/resveratrol/lutein/herbal no.293)	Tier 2	
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET 120-100 MCG (multivit with minerals/folic acid/lutein/herbal comp no.329)	Tier 2	
ALIVE ENERGY 50 PLUS ORAL TABLET 240-45-900-250 MCG (multivit-min/folic acid/K1/resveratrol/lutein/herbal no.293)	Tier 2	
ALIVE MAX POTENCY ORAL LIQUID 300-80 MCG/30 ML (multivitamin-minerals/folic/vitamin K/herbal no.332)	Tier 2	
ALIVE MAX3 POTENCY ORAL TABLET 133.3 MCG DFE-40 MCG (multivitamin-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.335)	Tier 2	
ALIVE MEN'S 50 PLUS MULTIVIT ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-150 MCG -50 MG (multivit with minerals/folic/lutein/herbal complex no.293)	Tier 2	
ALIVE MEN'S 50 PLUS MV (VIT K) ORAL TABLET 240-120-300 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIVE MEN'S 50 PLUS ULTRA ORAL TABLET 800 MCG DFE- 120 MCG (multivit-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.328)	Tier 2	
ALIVE MEN'S ENERGY ORAL TABLET 240-120-100 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Tier 2	
ALIVE MEN'S GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG- 50 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 2	
ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY ORAL TABLET 133.3 MCG DFE- 40 MCG (multivit-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.330)	Tier 2	
ALIVE MEN'S ULTRA POTENCY ORAL TABLET 400 MCG DFE- 120 MCG (multivitamin-min/methyltetrahydrofolate/vitamin K/herbal 334)	Tier 2	
ALIVE PREMIUM ADULT ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 66.7 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 2	
ALIVE PREMIUM MEN'S ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 66.7 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 2	
ALIVE PREMIUM PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-25 MG- 66.7 MG (multivitamin,minerals no.45/folic acid/dha/herbal no.293)	Tier 2	
ALIVE PREMIUM WOMEN'S 50 PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG-166.7 MCG-66.7 MG (multivit with minerals/folic/lutein/herbal complex no.293)	Tier 2	
ALIVE PREMIUM WOMEN'S ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 66.7 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS (BLEND) ORAL TABLET 240-120-300 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Tier 2	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-150 MCG -37.5 MG (multivit with minerals/folic/lutein/herbal complex no.293)	Tier 2	
ALIVE WOMEN'S ENERGY ORAL TABLET 18 MG IRON-240 MCG-120 MCG (multivit,calcium,minerals/iron/folic acid/vit K/herb no.293)	Tier 2	
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG- 37.5 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 2	
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY ORAL TABLET 18 MG-800 MCG DFE-150 MCG (multivit-min/iron/methyltetrahydrofolate/vit K/herb 333)	Tier 2	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM) ORAL TABLET 8,333-167-133 UNIT-MG-UNIT (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/selenium yeast)	Tier 2	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL CAPSULE 166.6-83.3-33.3 MG (multivit-min/yeast/astragalus root xt/ginger root xt/herbs)	Tier 2	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL POWDER 499.99-249.99 MG/SCOOP (multivit-min/yeast/astragalus root xt/ginger root xt/herbs)	Tier 2	
CENTRUM ADULT 50 PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 2	
CENTRUM ADULTS ORAL TABLET,CHEWABLE 12 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CENTRUM CHEWABLES ORAL TABLET,CHEWABLE 8 MG-400 MCG- 80 MCG (multivitamin with minerals/iron,carbonyl/folic acid/vit K1)	Tier 2	
CENTRUM MINIS ADULTS 50 PLUS ORAL TABLET 200-15-150-125 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Tier 2	
CENTRUM MINIS MEN 50 PLUS ORAL TABLET 150-30-300-150 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Tier 2	
CENTRUM MINIS WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 4 MG IRON-200 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Tier 2	
CENTRUM ORAL LIQUID 9 MG IRON/15 ML (multivitamin with minerals/ferrous gluconate)	Tier 1	
CENTRUM SILVER ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 1	
CENTURY MATURE ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG-250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 1	
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG-250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 1	
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -200 MG (mv with minerals no.102/iron carbonyl,fumarate/folic ac/dha)	Tier 2	
COMPLETE MV ADULT 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM (multivitamin with minerals/B. coagulans/B. subtilis/inulin)	Tier 2	
DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
DAYAVITE ORAL TABLET 1-75-10 MG (multivitamin with minerals no.90/folic acid/ALA/coQ10)	Tier 2	
DERMACINRX DEXATRAN ORAL CAPSULE 18 MG IRON- 1 MG (multivitamin-minerals no.73/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX FOLIFLEX ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX FOLITIN-Z ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VENEXA FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VENEXA ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VENTRIXYL FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX VENTRIXYL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VITRAMYN ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VITRANOL FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VITRANOL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VITREXATE FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VITREXATE ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET 9 MG IRON-500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
DIATROL ORAL TABLET 1,700 MCG DFE- 90 MCG (multivitamin with min no.105/levomefolate calcium/vit K1)	Tier 2	
ELITE-OB ORAL TABLET 50 MG IRON- 1.25 MG (multivitamin with minerals no.69/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 2	
ESTROVEN MENOPAUSE ORAL TABLET 400 MCG-40 MG- 40 MG-100 MG (multivitamin, min/folic acid/black cohosh/isoflavones/jujube)	Tier 2	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN ORAL TABLET 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG (beta-carotene(A) w-C and E/lutein/minerals)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EYE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/zinc oxide/cupric oxide)	Tier 1	
FOLAGENT DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (multivit-min 96/iron,carbonyl/folic/omega-3/dha/epa/fish oil)	Tier 2	
FOLAMAX ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with min no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 1	
FOLAMED DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (multivit-min 96/iron,carbonyl/folic/omega-3/dha/epa/fish oil)	Tier 2	
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE 85-1 MG (mv-mins no.74/ferrous fumarate/iron ps cplx/folic acid)	Tier 1	
GENADEK STEP 1 ORAL CAPSULE 200 MCG-1,000 MCG-10 MG (multivit with minerals no.81/folic acid/vit K1/ubidecarenone)	Tier 2	
GENADEK STEP 2 ORAL CAPSULE 200 MCG-1,000 MCG-10 MG (multivit with minerals no.82/folic acid/vit K1/ubidecarenone)	Tier 2	
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-BIOTIN) ORAL CAPSULE 133.3 MCG- 1,666.7 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Tier 2	
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-BIOTIN) ORAL TABLET 100-1,500 MCG, 66.7-1,666.7 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Tier 1	
IMMUNERX ORAL CAPSULE 250 MCG (multivitamin with minerals no.88/folic acid)	Tier 2	
KEYFOLIC ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with min no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIQUID MULTIVITAMIN ORAL LIQUID 9 MG IRON/ 15 ML (15 ML) (multivitamin with minerals/ferrous gluconate)	Tier 1	
LIVITA FOR ADULT ORAL LIQUID 1,700 MCG DFE- 500 MG/15 ML (multivitamin with min no.103/levomefolate calcium/inulin)	Tier 2	
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 300-60-600-300 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Tier 1	
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400-20-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Tier 1	
MEN'S DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG, 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
MEN'S ONE DAILY ORAL TABLET 400-20-300 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Tier 1	
MULTI PRO ORAL CAPSULE 32 MG IRON-1 MG -315 MG (multivit-mins no.85/iron/folic acid/dha/Lactobacillus casei)	Tier 2	
MULTIA DAILY MULTIVITAMIN ORAL CAPSULE 4.5 MG IRON- 500 MCG (mv-mn/iron,carbonyl/folic/om3/fish/lycopene/lutein/zeaxanth)	Tier 2	
MULTITOL-M ORAL TABLET 2,040 MCG DFE (multivitamin with minerals no.106/levomefolate calcium)	Tier 2	
<i>multivit with min-folic acid oral tablet,chewable 120 mcg, 200 mcg</i>	Tier 1	
<i>multivit,calc,min-fa-k1-lycop oral tablet 240 mcg-30 mcg-300 mcg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
MULTIVITAMIN WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Tier 1	
<i>multivit-min-ferrous fumarate oral tablet 15 mg iron</i>	Tier 2	
<i>multivit-min-ferrous gluconate oral liquid 12 mg iron/15 ml</i>	Tier 1	
MVW MODULATOR FORMUL MULTIVIT ORAL CAPSULE 6,000 MCG-400MG -37.5 MCG (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Tier 2	
MVW MODULATR FORM MINI MULTIVIT ORAL CAPSULE 3,000 MCG-200MG -18.75 MCG (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Tier 2	
NEOVITE ORAL TABLET 1-100-1 MG (multivit-minerals no.67/folic acid/alpha lipoic acid/lutein)	Tier 2	
NICOTINAMIDE (WITH CHROMIUM) ORAL TABLET 500 MCG- 750 MG (levomefolate calc/niacinamide/copper/zinc/selenium/chromium)	Tier 1	
NUMAQUA VITAMIN ORAL TABLET 333 MCG-3 MG-0.67 MG (multivitamin with minerals/folic acid/lutein/zeaxanthin)	Tier 2	
OB COMPLETE ORAL TABLET 50 MG IRON- 1.25 MG (multivitamin with minerals no.69/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 2	
ONE A DAY MEN COMPLETE ORAL TABLET 240-25-300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin D3/lycopene)	Tier 2	
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET 0.5 MG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONE DAILY MEN'S HEALTH ORAL TABLET 240 MCG-30 MCG- 300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Tier 1	
ONE DAILY MULTI-VIT W-MINERAL ORAL TABLET 4.5 MG IRON (multivitamin with minerals/ferrous sulfate)	Tier 1	
ONE DAILY MULTIVITAMIN-IRON ORAL TABLET 18 MG IRON (multivitamin/ferrous sulfate)	Tier 2	
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS(VIT K) ORAL TABLET 400 MCG-500 MG CALCIUM-20 MCG (multivit with minerals/folic acid/calcium carbonate/vit K1)	Tier 1	
ONE DAILY WOMEN'S ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Tier 1	
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 2	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS ORAL TABLET 400-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene)	Tier 2	
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE ORAL TABLET 240 MCG-30 MCG- 300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Tier 2	
ONE-A-DAY TRIPLE IMMUNE SUPPRT ORAL TABLET 400-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene)	Tier 2	
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 2	
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE ORAL TABLET 18 MG IRON- 400 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
ONE-DAILY MULTI ORAL CAPSULE 800 MCG-1 MG- 500 MCG-500 MCG (multivitamin-minerals/folic acid/co Q10/lycopene/lutein)	Tier 1	
PHLEXY-VITS ORAL POWDER IN PACKET 15 MG- 700 MCG (multivitamin with minerals/ferrous sulfate/folic acid)	Tier 2	
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE 28-1-300 MG (multivitamin-minerals no.71/iron fumarat/folic acid no.1/dha)	Tier 1	
PRENATAL GUMMIES (DHA-EPA) ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-32.5MG- 25 MG-7.5 MG (mv-min no.104/folic acid/om-3/dha/epa/other om-3s/fish oil)	Tier 1	
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV ORAL CAPSULE 200 MCG-15 MCG- 5 MG-1 MG (multivitamin-minerals/folic acid/vit K/lutein/zeaxanthin)	Tier 2	
PROFOLA ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with min no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 1	
REMEDIENT ORAL CAPSULE 3.6 MG- 1,000 MCG (multivitamin with minerals/iron succinyl-protein/folic acid)	Tier 2	
SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 1	
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS ORAL TABLET 300-60-600-300 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Tier 1	
SPECTRAVITE MEN'S ORAL TABLET 8 MG IRON- 200 MCG-600 MCG (multivits with calcium and minerals/iron/folic acid/lycopene)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPECTRAVITE WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Tier 1	
SUPERIOR MEN'S MULTI ORAL TABLET 400 MCG DFE-30 MCG-30 MG (multivit-min/levomefolate calc/K2/saw palm/ginkgo leaf/herbs)	Tier 2	
SUPERIOR WOMEN'S MULTI ORAL TABLET 2.5 MG IRON-400 MCG DFE-30 MCG (multivit-min/iron gly/levomefolate calc/K2/ginkgo leaf/herbs)	Tier 2	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON ORAL TABLET 15 MG IRON- 400 MCG (multivitamin/ferrous sulfate/folic acid)	Tier 2	
TARON-C DHA ORAL CAPSULE 35-1-200 MG (mv-min 75/ferrous fum/iron ps cplx/folic ac/omega-3/dha/epa)	Tier 1	
THERAPEUTIC-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Tier 1	
THERA-VITE MAX-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Tier 1	
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE 66.6MG-3.33MCG-3.33 MG-0.66 MG (vitamin B complex/vit C/selenium/lutein/zeaxanthin/herb 253)	Tier 2	
VISTA ADVANCED AREDS2 ORAL CAPSULE 250-137.5-12.5 MG (vit C/vit E/zinc/copper/selen/lutein/zeaxanthin/glutathione)	Tier 2	
VITAJEY ADULT MULTI ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
VITREXYL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VITREXYL PLUS IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
VITRUM 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 1	
WELLFOLA ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with min no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 1	
WESCAP-C DHA ORAL CAPSULE 35-1-200 MG (mv-min 75/ferrous fum/iron ps cplx/folic ac/omega-3/dha/epa)	Tier 1	
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED ORAL TABLET 400-20 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/phytonadione(vit K))	Tier 1	
WOMENS DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG- 25 MG (multivitamin with minerals/folic acid/collagen, hydrolyzed)	Tier 2	
WOMEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
WOMEN'S ONE DAILY ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-500 MG (multivitamin-minerals/iron fum/folic acid/calcium carb/vit K)	Tier 1	
ZATEAN-PN PLUS ORAL CAPSULE 28-1-300 MG (multivitamin-minerals no.71/iron fumarat/folic acid no.1/dha)	Tier 1	
Smoking Deterrent Combinations - Drugs For Nutrition		
<i>quercetin oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Smoking Deterrents, Systemic - Drugs For Nutrition		
K1-1000 ORAL CAPSULE 1,000 MCG (phytonadione (vit K1))	Tier 2	
MK-7 ORAL CAPSULE 180 MCG, 90 MCG (vitamin K2)	Tier 2	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection syringe 1 mg/0.5 ml</i>	Tier 1	
<i>phytonadione (vitamin k1) oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
VITAMIN K INJECTION SOLUTION 1 MG/0.5 ML (phytonadione (vit K1))	Tier 1	
phytonadione (vit K1) (Vitamin K1 Injection Solution 10 Mg/ML)	Tier 1	
<i>vitamin k2 (mk-4) oral tablet 100 mcg</i>	Tier 2	
<i>vitamin k2 oral capsule 100 mcg, 45 mcg</i>	Tier 1	
<i>vitamin k2 oral drops 90 mcg/0.5 ml</i>	Tier 2	
Soluciones De Cloruro De Sodio, Concentrado - Drugs For Nutrition		
<i>sodium chloride oral solution 234 mg/ml (4 meq/ml)</i>	Tier 1	
Soluciones De Irrigación - Drugs For Nutrition		
<i>lactated ringers irrigation solution</i>	Tier 2	
PHYSIOLYTE IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Tier 2	
PHYSIOSOL IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Tier 2	
<i>ringer's irrigation solution</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sodium chloride tablet, soluble 1,000 mg</i>	Tier 1	
TIS-U-SOL PENTALYTE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 800-40-20-8.75- 6.25 MG/100 ML (sodium chloride/pot chloride/mag sul/sod phos,db/pot phos,mb)	Tier 2	
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	Tier 1	
Sulfonamide Antibiotic - Drugs For Nutrition		
FAMIL-E ORAL CAPSULE 41-250-38 MG (vitamin E/vitamin E mixed/tocotrienol)	Tier 2	
XCELLENT E ORAL CAPSULE 33.5-125-25 MG (vitamin E/vitamin E mixed/tocotrienol)	Tier 2	
Vitaminas - Combinaciones De Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
FOLCYTEINE ORAL TABLET 1 MG-47 MG- 20 MCG-16 MG (folic acid/calcium citrate/vitamin D3/mag citrate/a-cysteine)	Tier 2	
WESTAB MAX ORAL TABLET 2.5-25-2 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Tier 1	
WESTAB ONE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Tier 1	
Vitaminas - Combinaciones De B-12 Y Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
CELEBRATE B-12 QUICK-MELT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 1,000-200 MCG (cyanocobalamin/mecobalamin/folic acid)	Tier 2	
DENOVO PLUS B12 ORAL CAPSULE 25,000 MCG DFE-2,000 MCG (methyltetrahydrofolate calcium/mecobalamin)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LORMATE ORAL CAPSULE 1 MG-1 MG(1,670 MCG DFE)-500 MG (mecobalamin/levomefolate calcium/turmeric root extract)	Tier 2	
<i>me-thfolate glucos-mecobalamin oral tablet, disintegrating 1,000 mcg dfe- 2,500 mcg</i>	Tier 1	
<i>vitamin b12-folic acid oral tablet, disintegrating 2,500-400 mcg</i>	Tier 1	
Vitaminas - Combinaciones De D Y K - Drugs For Nutrition		
DECARA K ORAL CAPSULE 1,250-200 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Tier 2	
DOSOKAP ORAL TABLET 137.5-200 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Tier 2	
K2-D3 MAX ORAL CAPSULE 125 MCG (5,000 UNIT)-180 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Tier 2	
K-RIGHT ORAL CAPSULE 50-500-1,500 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K1/MK4/MK7)	Tier 2	
<i>vitamin d2-vitamin k1 oral drops 20-120 mcg/4 drops</i>	Tier 1	
<i>vitamin d3-vitamin k2 oral capsule 125 mcg (5,000 unit)-100 mcg, 125-90 mcg, 250 mcg (10,000 unit)-45 mcg</i>	Tier 1	
Vitaminas - Combinaciones De Preparaciones B - Drugs For Nutrition		
B COMPLEX-VITAMIN C ORAL TABLET,CHEWABLE 20 MG-5 MG- 2 MG-75 MCG (niacin/calcium pantothen/B6/biotin/folic ac/B12/inosit/vit C)	Tier 1	
<i>b12-methyltetrahydrofolate-b6 oral tablet, chewable 1,000mcg-680mcg dfe-1.5 mg, 5,000 mcg-1,360 mcg dfe-2.5 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
B-COMPLEX PLUS B-12 ORAL TABLET 7 MG-5 MG-4 MG- 25 MCG-10 MG (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/cyanocobalamin/papain)	Tier 2	
<i>cyanocobalamin-methylcobalamin sublingual drops 5,000 mcg/ml</i>	Tier 2	
METHYL PROTECT ORAL CAPSULE 1,000 MCG-3,400 MCG DFE-10 MG (mecobalamin/folate no.11/pyridoxal/vit B2/betaine)	Tier 2	
NUFOLA ORAL CAPSULE 25 MG-3,500 MCG DFE-1 MG-300 MG (pyridoxal phosphate/levomefolate calcium/mecobalamin/ALA)	Tier 2	
WESTAB MAX ORAL TABLET 2.5-25-2 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Tier 1	
WESTAB ONE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Tier 1	
ZINGIBER ORAL TABLET 1.2 MG-40 MG- 124.1 MG-100 MG (folic acid/pyridoxine HCl/Ca phos dibasic & tribasic/ginger)	Tier 1	
Vitaminas Complejo B - Drugs For Nutrition		
B COMPLEX 100 INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine)	Tier 1	
B-COMPLEX INJECTION INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine)	Tier 1	
<i>vitamin b complex oral capsule</i>	Tier 1	
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	Tier 1	
<i>vitamin b complex oral tablet, disintegrating</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 2	
ALIVE PREMIUM KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 66.5 MG (pediatric multivitamin no.204/herbal complex no.293)	Tier 2	
CHILDREN'S MULTIVIT (W LUTEIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 50 MCG (pediatric multivitamin no.233/lutein)	Tier 1	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.209)	Tier 1	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.42)	Tier 1	
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (pediatric multivitamin no.193/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 2	
CULTURELLE KIDS PRO-MV-LUTEIN ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MILLION CELL (pediatric multivitamin no.210/Bacillus subtilis/lutein)	Tier 2	
FLINTSTONES COMPLETE (FE SULF) ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG IRON (pediatric multivitamin no.227/ferrous sulfata)	Tier 2	
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG IRON (pediatric multivitamin no.239/ferrous sulfata)	Tier 2	
FLINTSTONES WITH EXTRA IRON ORAL TABLET,CHEWABLE 18 MG IRON (pediatric multivitamin no.226/ferrous sulfata)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GENADEK ORAL DROPS 19 MCG-500 MCG /ML (pediatric multivitamin no.196/vitamin D3/vit K1)	Tier 2	
HI-D DROP ORAL DROPS 76-1,000 MCG/ML (pediatric multivitamin no.216/vitamin D3/vit K1)	Tier 2	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON ORAL DROPS 11 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.207/ferrous sulfate)	Tier 1	
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1.25 MG (pediatric multivitamin no.200/Bacillus coagulans)	Tier 2	
KIDS MULTI ZERO ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.229)	Tier 1	
KIDS MULTIVITAMIN-MINERALS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.238)	Tier 2	
LIVITA FOR CHILDREN ORAL LIQUID (pediatric multivitamin no.245)	Tier 2	
MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC ORAL DROPS 2,000 MCG-150 MG-19 MCG/3 ML (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Tier 2	
<i>pedi multivit no.194-iron sulf oral drops 10 mg iron/ml</i>	Tier 1	
PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON ORAL DROPS 11 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.197/ferrous sulfate)	Tier 1	
POLY-VITA WITH IRON ORAL DROPS 10 MG/ML (pediatric multivitamin no.160/ferrous sulfate)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND NO HISTORY OF AREXVY
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vacc. antigen/AS01E adjuvant/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 60 YEARS OF AGE OR OLDER
Biológicos - Biological Agents		
Anticuerpos Antivirales Monoclonales - Virus Respiratorio Sinsitial (Rsv) - Drugs For Viral Infections		
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (nirsevimab-alip)	Tier 2	
Antineoplastic - Retinoids - Vaccines		
<i>adenovirus vac live type-4, 7 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 2	
<i>adenovirus vaccine live type-4 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 2	
<i>adenovirus vaccine live type-7 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 2	
FLUMIST QUAD 2023-2024 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine quadrivalent live 2023-2024 (2 yrs-49 yrs))	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, G1P(8))	Tier 2	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (rotavirus vaccine, live oral pentavalent)	Tier 2	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (varicella virus vaccine live/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
VAXCHORA ACTIVE COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Tier 2	
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Tier 2	
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT (typhoid vacc,live,attenuated)	Tier 2	
Antitusivos - Antivenenos De Escorpión - Biological Agents		
ANASCORP INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG (centruroides (scorpion) polyvalent antivenom)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 2	
Bacteriano De Vacunas - Bacilos Productores De Toxinas - Vaccines		
VAXCHORA ACTIVE COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Tier 2	
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Tier 2	
Bacteriano De Vacunas - Coco Grampositivos - Vaccines		
PNEUMOVAX-23 INJECTION SOLUTION 25 MCG/0.5 ML (pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
PNEUMOVAX-23 INJECTION SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
PREVNAR 20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 20-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VAXNEUVANCE (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 15-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 11 TO 17 YEARS|\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND AGE 18 TO 23 YEARS
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y,W-135,diphtheria toxoid conj/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 11 TO 17 YEARS|\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND AGE 18 TO 23 YEARS
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y,W-135,diphtheria toxoid conj/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 11 TO 17 YEARS|\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND AGE 18 TO 23 YEARS
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML (meningococ A,C,Y,W-135,TT comp/N. mening B,fHBP rec comp/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 18-25 YEARS

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones De Vacunas De Hepatitis A Y Hepatitis B - Vaccines		
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML (hepatitis A virus and hepatitis B virus vaccine/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 4 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Extractos Alergénicos - Extractos De Ácaros - Biological Agents		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET 12 SQ-HDM (allergenic extract, mite-D.farinae-D.pteronysinus,standard)	Tier 2	PA
Extractos Alergénicos - Polen De Hierba - Biological Agents		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET 2,800 BAU (allergenic extract,grass pollen-timothy,standard)	Tier 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET 100 INDX REACTIVITY, 100 IR (3) /300 IR (6), 300 INDX REACTIVITY (grass pollen-orchard/sweet vernal/rye/Kentucky/timothy, std.)	Tier 2	PA
Glucocorticoids - Biological Agents		
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET 12 AMB A 1 UNIT (allergenic extract-weed pollen-short ragweed)	Tier 2	PA
Gout And Hyperuricemia - Purine Inhibitor-Antimitotic Combinations - Vaccines		
<i>adenovirus vac live type-4, 7 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 2	
<i>adenovirus vaccine live type-4 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 2	
<i>adenovirus vaccine live type-7 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hepatitis Agents - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus and diphtheria toxoids, adult)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Inmunoglobulina - Gammaglobulina (Igg), Humana - Biological Agents		
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 16.5 % (immune globulin,gamma(IgG)-hipp human/maltose)	Tier 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)	Tier 3	PA
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 % (immune globulin,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Tier 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)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	PA
HYQVIA IG COMPONENT SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 30 GRAM/300 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (immune globulin,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Heating And Cooling Aids - Vaccines		
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML (varicella-zoster virus glycoprotein E,rec/AS01B adjuvant/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 50 YEARS OF AGE OR OLDER
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (varicella virus vaccine live/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Migraine Therapy - Ergot Alkaloids And Derivatives - Vaccines		
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML (poliomyelitis vaccine, killed)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 3 IN 365 DAYS AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Migraine Therapy - Selective Serotonin Agonists 5-Ht(1) - Vaccines		
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, G1P(8))	Tier 2	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (rotavirus vaccine, live oral pentavalent)	Tier 2	
Peanut Desensitization Agents - Biological Agents		
PALFORZIA (LEVEL 1) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 3 MG (1 MG X 3) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 2) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 6 MG (1 MG X 6) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 3) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 4) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 20 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 5) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG (20 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos

Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PALFORZIA (LEVEL 6) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 80 MG (20 MG X 4) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 7) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 8) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 160 MG (20 MG X 3, 100 MG X1) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 9) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 200 MG (100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 10) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 240 MG (20 MG X 2, 100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA INITIAL DOSE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3/6 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
Penicillin And Penicillin Antibiotic Combinations - Vaccines		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML (meningococcal group B vaccine, 4-component)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 10 TO 25 YEARS
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML (Neisseria meningitidis group B, lipidated fHBP recombinant)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND AGE 10 TO 25 YEARS

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 2	
Vaccine Viral - Covid-19 (Sars-Cov-2) - Vaccines		
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 30 MCG/0.3 ML (COVID vac 2023-24 (12 yr and up) XBB.1.5 (raxtozinameran)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.3 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.3 ML (COVID vac 2023-24 (12 yr and up) XBB.1.5 (raxtozinameran)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.3 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER
MODERNA COVID 23-24(6M-11Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 MCG/0.25 ML (COVID vaccine 2023-24 (6 mo-11 yrs) XBB.1.5 (andusomeran)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.25 AND AGE 6 MONTHS TO 11 YEARS
NOVAVAX COVID 2023-24(PF)(EUA) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 MCG/0.5 ML (COVID vacc 2023-24 XBB.1.5, recomb/adjuvant-Matrix)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER
PFIZER COVID 2023-24(5Y-11Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/0.3 ML (COVID vac 2023-2024 (5-11 years) XBB.1.5 (raxtozinameran)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.3 AND AGE 5-11 YEARS
PFIZER COVID 2023-24(6MO-4Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 3 MCG/0.3 ML (COVID vac 2023-24 (6 mos-4 yrs) XBB.1.5 (raxtozinameran)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.3 AND AGE 6 MONTHS TO 4 YEARS
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 MCG/0.5 ML (COVID vacc 2023-24 (12 yrs and up) XBB.1.5 (andusomeran)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (COVID vacc 2023-24 (12 yrs and up) XBB.1.5 (andusomeran)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER
Vacuna De Hepatitis A - Agentes Individuales - Vaccines		
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Vacuna Viral - Influenza A And B - Vaccines		
AFLURIA QD 2023-24(3YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-24 (36 mos up)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
AFLURIA QUAD 2023-2024(6MO UP) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-24 (6 mos and up))	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUAD QUAD 2023-24(65Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza vaccine quadrivalent 2023-24 (65 yr up)/MF59C.1/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 180 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLUARIX QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrival 2023-2024(6 mos and up)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUBLOK QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 180 MCG (45 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine qv 2023-24(18 yrs and older)rcmb/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 180 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (flu vaccine quad 2023-2024(6 month and older)cell derived/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (flu vaccine quadriv 2023-2024(6 month and older)cell derived)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLULAVAL QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrival 2023-2024(6 mos and up)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUMIST QUAD 2023-2024 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine quadrivalent live 2023-2024 (2 yrs-49 yrs))	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUZONE HIGHDOSE QUAD 23-24 PF INTRAMUSCULAR SYRINGE 240 MCG/0.7 ML (influenza virus vaccine quadrival split 2023-24(65 yr up)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.7, FILL OF 1 IN 180 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
FLUZONE QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrival 2023-2024(6 mos and up)/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUZONE QUAD 2023-2024 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-24 (6 mos and up))	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Vacuna Viral - Vacunas Para El Papiloma Humano(Hpv) - Vaccines		
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML (human papillomavirus vaccine, 9-valent/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND AGE 9 TO 45 YEARS
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (human papillomavirus vaccine, 9-valent/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND AGE 9 TO 45 YEARS
Vacunas De Hepatitis B - Agentes Individuales - Vaccines		
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 4 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 4 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML (hepatitis B vaccine recombinant/vaccine adjuvant CpG 1018/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant, isoform S,M,L/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Drugs For The Mouth And Throat		
Boca Y Garganta - Agentes De Mucositis-Estomatitis - Drugs For The Mouth And Throat		
GELCLAIR MUCOUS MEMBRANE GEL IN PACKET (potassium sorbate/hydroxyethylcellulose/povidone/hyaluronic)	Tier 2	
GELX MUCOUS MEMBRANE GEL (povidone/taurine/zinc gluconate/peg-40 castor oil)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MUGARD MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (glycerin/carbomer homopolymer type A/potassium hydroxide)	Tier 2	
ORAMAGICRX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH (potassium sorbate/maltodextrin/aloe vera/mann ps)	Tier 2	
ORAPEUTIC MUCOUS MEMBRANE GEL (xylitol/pectin/acemannan/sodium bicarbonate)	Tier 2	
Boca Y Garganta - Amidas De Anestesia Local - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %, 4 % (40 mg/ml)</i>	Tier 1	
lidocaine HCl (Lidocaine Viscous Mucous Membrane Solution 2 %)	Tier 1	
Boca Y Garganta - Antifúngicos - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	Tier 1	
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	Tier 1	
Boca Y Garganta - Estimulantes De Saliva - Drugs For The Mouth And Throat		
ACT DRY MOUTH MUCOUS MEMBRANE LOZENGE (xylitol/isomalt/glycerin)	Tier 2	
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	Tier 1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
XYLIGEL MUCOUS MEMBRANE GEL (saliva stimulant combination no.9)	Tier 2	
XYLIMELTS MUCOUS MEMBRANE MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 500 MG (xylitol)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Boca Y Garganta - Glucocorticoides - Drugs For The Mouth And Throat		
triamcinolone acetonide (Oralene Dental Paste 0.1 %)	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	Tier 1	
Boca Y Garganta - Mezclas De Antiinfecciosos - Drugs For The Mouth And Throat		
DEBACTEROL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION 30-50 % (sulfuric acid/sulfonated phenol)	Tier 2	
Boca Y Garganta - Protectores - Drugs For The Mouth And Throat		
GELX MUCOUS MEMBRANE GEL (povidone/taurine/zinc gluconate/peg-40 castor oil)	Tier 2	
MUGARD MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (glycerin/carbomer homopolymer type A/potassium hydroxide)	Tier 2	
ORAFATE MUCOUS MEMBRANE PASTE 1 GRAM/10 ML (sucralfate malate, polymerized)	Tier 2	
PROTHELIAL MUCOUS MEMBRANE PASTE 1 GRAM/10 ML (sucralfate malate, polymerized)	Tier 2	
Boca Y Garganta - Saliva Artificial - Drugs For The Mouth And Throat		
AQUORAL MUCOUS MEMBRANE AEROSOL, SPRAY (saliva substitute combo no.3)	Tier 2	
CAPHOSOL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (saliva substitute combo no.2)	Tier 2	
MUCOSITISRX MUCOUS MEMBRANE POWDER IN PACKET 351 MG (saliva substitute combination no.11)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (flaxseed)	Tier 2	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LOZENGE 0.3 GRAM (sorbitol/saliva stimulant comb no. 1/malic acid/calcium phos)	Tier 2	
SALIVAMAX MUCOUS MEMBRANE POWDER IN PACKET 351 MG (saliva substitute combination no.11)	Tier 2	
Medical Supplies And Dme - Glucose Monitoring Test Supplies - Drugs For The Mouth And Throat		
KOVANAZE NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 6-0.1 MG/0.2 ML (tetracaine HCl/oxymetazoline HCl)	Tier 2	
ORAQIX DENTAL CARTRIDGE 2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Tier 2	
Medical Supplies And Dme - Infant Care- Nursing Supplies - Drugs For The Mouth And Throat		
ARESTIN DENTAL CARTRIDGE 1 MG (minocycline HCl microspheres)	Tier 3	PA
Prenatal Vitamins And Combinations - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	Tier 1	
chlorhexidine gluconate (Periogard Mucous Membrane Mouthwash 0.12 %)	Tier 1	
Producto Dental - Preparaciones De Fluoruro - Drugs For The Mouth And Throat		
CLINPRO 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Tier 1	
DENTAGEL DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
<i>fluoride (sodium) dental cream 1.1 %</i>	Tier 1	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i>	Tier 1	
<i>fluoride (sodium) dental paste 1.1 %</i>	Tier 1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	Tier 1	
<i>fluoride (sodium) oral drops 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF AGE 6 MONTHS TO 6 YEARS
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF AGE 6 MONTHS TO 6 YEARS
FLUORIDEX DAILY DEFENSE DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 2	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Tier 2	
FLUORIMAX 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 2	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Tier 2	
FRAICHE 5000 PREVI DENTAL GEL 1.1-3 % (sodium fluoride/hydroxyapatite)	Tier 2	
FRAICHE 5000 SENSITIVE DENTAL GEL 1.1-4.5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Tier 2	
JUST RIGHT 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SF 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
SF DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	Tier 1	
Producto Periodontal - Tipo Tetraciclina, Inhibidores De Colagenasa - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	
Terapia Para Babeo- Sialorrea Primaria Y Secundaria-Anticolinérgico - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml)</i>	Tier 1	
Clase Fdb Obsoleta-No Usada		
Terapia Alternativa - Productos Homeopáticos		
AURUMHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
CANTHARIS COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
CRALONIN ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
EYE ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Tier 2	
LAMIOFLUR ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
PLANTAGO-HOMACCORD ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
POPULUS COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
PSORINOHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
RENEEL ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Tier 2	
SABAL-HOMACCORD ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
SYZYGIUM COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
VERTIGOHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
VERTIGOHEEL ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Tier 2	
Colonic Acidifier (Ammonia Inhibitor) - Drugs For Addiction		
Agentes Para Abstinencia De Opioides, Tipo Agonista Central Alfa-2 Adrenérgico - Drugs For Opioid Addiction		
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG (lofexidine HCl)	Tier 2	PA
Disuasivos De Tabaquismo - De Tipo Nicotina - Drugs For Smoking Addiction		
<i>nicotine (polacrilex) buccal gum 2 mg, 4 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine (polacrilex) buccal lozenge 2 mg, 4 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nicotine (polacrilex) buccal mini lozenge 2 mg, 4 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine transdermal patch, td daily, sequential 21-14-7 mg/24 hr</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML (nicotine)	Tier 0	\$0 COPAY IF 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 2 BUCCAL GUM 2 MG (nicotine polacrilex)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 2 BUCCAL LOZENGE 2 MG (nicotine polacrilex)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUIT 4 BUCCAL GUM 4 MG (nicotine polacrilex)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 4 BUCCAL LOZENGE 4 MG (nicotine polacrilex)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
STOP SMOKING AID BUCCAL LOZENGE 2 MG, 4 MG (nicotine polacrilex)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
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>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, 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>	Tier 1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	Tier 1	
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG, 8.6-2.1 MG (buprenorphine HCl/naloxone HCl)	Tier 2	
Inflammatory Bowel Agents - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Medical Supplies And Dme - Cold Packs - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
Medical Supplies And Dme - Surgical Scalpels And Blades - Drugs For Smoking Addiction		
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER; QL (2 EA per 1 day)
<i>varenicline oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER; QL (2 EA per 1 day)
Terapia Para Abstinencia De Alcohol - De Tipo Glutamato Y Sistema Gaba - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>acamprosate oral tablet,delayed release (drlec) 333 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Antineoplastic Retinoids - Vitamins And Minerals		
Dermatological - Antineoplastic Retinoids - Vitamins And Minerals		
<i>bromelains oral tablet 500 mg</i>	Tier 2	
HYQVIA HY COMPONENT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 UNIT/10 ML, 2,400 UNIT/15 ML, 200 UNIT/1.25 ML, 400 UNIT/2.5 ML, 800 UNIT/5 ML (hyaluronidase, human recombinant)	Tier 2	
Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants		
Dermatological - Burn Product Combinations - Drugs For Organ Transplants		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (tacrolimus)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Tacrolimus in 120 days
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG (tacrolimus)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Tacrolimus in 120 days
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Tier 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG (voclosporin)	Tier 3	PA
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG (tacrolimus)	Tier 2	
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine)	Tier 2	
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Dermatological - Keratoplastic Combinations - Drugs For Organ Transplants		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
Immunosuppressive - Interleukin-6 (Il-6) Receptor Inhibitors - Drugs For Organ Transplants		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (satralizumab-mwge)	Tier 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>	Tier 1	
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
Inmunosupresores - Inhibidores De Inosina Monofosfato Deshidrogenasa - Drugs For Organ Transplants		
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>	Tier 1	
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Tier 2	PA
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine - Drugs For The Nervous System		
Adyuvante De Antiparkinson - Antagonista De Receptor De Adenosina - Drugs For Parkinson		
NOURIANZ ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (istradefylline)	Tier 3	PA
Agentes De Efecto Pseudobulbo (Pba), De Tipo Antagonistas De Nmda - Drugs For Severe Mental Disorders		
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG (dextromethorphan Hbr/quinidine sulfate)	Tier 2	PA
Agentes De Fibromialgia - Inhib De Serotonina-Recaptación De Noradrenalina (Snris) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Tier 2	PA
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic Duloxetine two 20mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DULOXICAINE KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Tier 2	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (milnacipran HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Cyclobenzaprine HCL, Duloxetine HCL, Gabapentin, or Pregabalin in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (milnacipran HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Cyclobenzaprine HCL, Duloxetine HCL, Gabapentin, or Pregabalin in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Neuralgia Postherpética - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ACTIVE-PAC KIT, GEL AND CAPSULE 300-4-1 MG-%-% (gabapentin/lidocaine HCl/menthol)	Tier 2	
DULOXICAINE KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Tier 2	
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release in 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 450 MG (gabapentin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 750 MG, 900 MG (gabapentin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 300 MG (9)- 600 MG (24) (gabapentin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release in 120 days; QL (33 EA per 15 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (2 EA per 1 day)

Agentes De Terapia Bipolar - Antipsicóticos Atípicos - Drugs For Severe Mental Disorders

ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET WITH SENSOR AND STRIP 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Tier 3	PA
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Tier 3	PA
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Tier 2	PA
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG (cariprazine HCl)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Terapia Bipolar - Tipo Anticonvulsivo - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
carbamazepine (Epilex Oral Tablet 200 Mg)	Tier 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Tier 2	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) - 100 mg (14)</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablets, dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) - 100 mg (14)</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
lamotrigine (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (35))	Tier 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (84) -100 Mg (14))	Tier 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (42) -100 Mg (7))	Tier 2	
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml	Tier 1	
valproic acid oral capsule 250 mg	Tier 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)	Tier 3	PA
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Inhibidor De Recaptación De Dopamina Y Ne (Dnri) - Drugs For Sleep Disorder		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (solriamfetol HCl)	Tier 2	PA
Agentes De Terapia De Narcolepsia - No-Simpatomimética - Drugs For Sleep Disorder		
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
armodafinil oral tablet 50 mg	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Tipo Estimulante, Derivado De Piperadina - Drugs For Sleep Disorder		
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	Tier 1	
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Tipo Estimulante, Simpatomimética, Anfetaminas - Drugs For Sleep Disorder		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
Agentes De Terapia De Narcolepsia Y Cataplejia - Tipo Sedantes - Drugs For Sleep Disorder		
LUMRYZ ORAL EXTEND RELEASE GRANULES,PACKET 4.5 GRAM, 6 GRAM, 7.5 GRAM, 9 GRAM (sodium oxybate)	Tier 3	PA
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Tier 3	PA
XYWAV ORAL SOLUTION 0.5 GRAM/ML (sodium oxybate/calcium oxybate/magnesium oxybate/pot oxybate)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Diabéticos Periféricos De Neuropatía - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes Para Tratar Dolores De Cabeza De Cúmulo Recurrentes - Drugs For Migraine Headaches		
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) (galcanezumab-gnlm)	Tier 2	PA
Agonistas De Cannabis Y Receptores De Canabinoides - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Tier 2	QL (60 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Alternative Therapy - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Alternative Therapy - Unclassified - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anthelmintic Combinations Other - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML (perampanel)	Tier 2	ST: Must meet 3 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lacosamide, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Vimpat, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (680 ML per 28 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (perampanel)	Tier 2	ST: Must meet 3 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lacosamide, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Vimpat, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (30 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG (perampanel)	Tier 2	ST: Must meet 3 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lacosamide, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Vimpat, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (120 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG (perampanel)	Tier 2	ST: Must meet 3 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lacosamide, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Vimpat, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (60 EA per 30 days)
Antianxiety Agent - Benzodiazepines - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (30 ML per 1 day)
<i>felbamate oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	QL (9 EA per 1 day)
<i>felbamate oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
Antianxiety Agents - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Tier 1	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Anticonvulsant - Neuroactive Steroid Gaba-A Receptor Modulator - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (ganaxolone)	Tier 3	PA
Anticonvulsant - Phenyltriazine Derivatives - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Tier 1	
Anticonvulsivo - Amino Ácido Funcionalizado - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	QL (1200 ML per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG (lacosamide)	Tier 2	PA
VIMPAT ORAL TABLETS,DOSE PACK 50 MG (14)- 100 MG (14) (lacosamide)	Tier 2	
Anticonvulsivo - Derivados De Feniltriazina - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 50 MG(14)-100MG (14)-200 MG (7) (lamotrigine)	Tier 2	
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25MG (14)-50 MG (14)-100MG (7) (lamotrigine)	Tier 2	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) - 100 mg (14)</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 200 mg, 250 mg, 300 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablets,dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14)</i>	Tier 1	
lamotrigine (Subvenite Oral Tablet 100 Mg, 150 Mg, 200 Mg, 25 Mg)	Tier 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (35))	Tier 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (84) -100 Mg (14))	Tier 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (42) -100 Mg (7))	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsivo - Derivados De Iminostilbeno - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (eslicarbazepine acetate)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (eslicarbazepine acetate)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Tier 1	
carbamazepine (Epitol Oral Tablet 200 Mg)	Tier 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Tier 2	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG (oxcarbazepine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Spritam, Topiramate, Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG (oxcarbazepine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Spritam, Topiramate, Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (4 EA per 1 day)
Anticonvulsivo - Derivados De Monosacáridos - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML (topiramate)	Tier 2	PA
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 25 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 50 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Topiramate tablets or sprinkles in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Topiramate tablets or sprinkles in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Anticonvulsivo - Derivados De Sulfonamidas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (zonisamide)	Tier 2	PA
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsivo - Derivados De Triazoles - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clobazam, Clonazepam, Epidiolex, Felbamate, Lamotrigine, or Topiramatein in 365 days; QL (80 ML per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clobazam, Clonazepam, Epidiolex, Felbamate, Lamotrigine, or Topiramatein in 365 days; QL (16 EA per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clobazam, Clonazepam, Epidiolex, Felbamate, Lamotrigine, or Topiramatein in 365 days; QL (8 EA per 1 day)
Anticonvulsivo - Hidantoínas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (phenytoin sodium extended)	Tier 2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
Anticonvulsivo - Inhibidor De Transaminasa Gaba (Gaba-T) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
SABRIL ORAL TABLET 500 MG (vigabatrin)	Tier 2	PA
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	Tier 1	PA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Powder In Packet 500 Mg)	Tier 1	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Tablet 500 Mg)	Tier 1	PA
vigabatrin (Vigpoder Oral Powder In Packet 500 Mg)	Tier 1	PA
Anticonvulsivo - Tipo Canabinoide - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cannabidiol (CBD))	Tier 3	
Anticonvulsivo Otros - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Tier 3	PA
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Tier 3	PA
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML (fenfluramine HCl)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1) (cenobamate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) (cenobamate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (cenobamate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (cenobamate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) (cenobamate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Antidepresivo - Agonista Parcial De Ssri Y 5Ht1a - Drugs For Depression		
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Bupropion HCL, Citalopram Hydrobromide, Escitalopram Oxalate, Fluoxetine HCL, Mirtazapine, Paroxetine HCL, Sertraline HCL, or Venlafaxine HCL in 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antidepresivo - Antagonista De Receptores De N-Metil D-Aspartato (Nmda) - Drugs For Depression		
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3) (esketamine HCl)	Tier 3	PA
Antidepresivo - Antagonistas De Receptores De Alfa-2 (Nassa) - Drugs For Depression		
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Tier 1	
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Tier 1	
Antidepresivo - Combinaciones Tricíclico-Benzodiacepinas - Drugs For Depression		
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Tier 1	
Antidepresivo - Inhibidores De Recaptación De Antagonistas De Serotonina-2 (Saris) - Drugs For Depression		
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Antidepresivo - Modulador De Receptores De Esteroide Neuroactiva Gaba-A - Drugs For Depression		
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG (zuranolone)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antidepresivo - Tricíclico Y Antipsicótico, Comb De Fenotiazinas - Drugs For Depression		
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	Tier 1	
Antidepresivo- Ssri Y Atípico Y Antipsico., Dopamina, Antagonistas De Serotonina - Drugs For Depression		
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
Antidepresivo-Inhibidores De Norepinafrina Y Recaptación De Dopamina (Ndris) - Drugs For Depression		
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 174 MG, 348 MG, 522 MG (bupropion HBr)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Bupropion HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 450 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Bupropion HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antidepressant - Alpha-2 Receptor Antagonists (Nassa) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
Antidepressant - Monamine Oxidase (Mao) Inhibitors - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
Antidepressant - Ndma Receptor Antagonist And Ndri Combinations - Drugs For Depression		
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG (dextromethorphan HBr/bupropion HCl)	Tier 2	PA
Antiemetic - Other And Misc Combinations - Drugs For Attention Deficit Disorder		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (1800 ML per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (150 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR (dextroamphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 6 Years)
dextroamphetamine sulfate (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
Antiemetics - Drugs For Insomnia		
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 5 MG (zolpidem tartrate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Edluar or Zolpidem Tartrate in 180 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem oral capsule 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem sublingual tablet 1.75 mg, 3.5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antileprotic - Immunomodulators - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>tiagabine oral tablet 16 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
Antiparkinson - Comb De Inhib De Dopaminérgico-Comt Perif-Dopa- Descarboxilasa - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	Tier 1	
Antiprotozoal-Antibacterial Agents - Drugs For Migraine Headaches		
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Tier 1	
ELYXYB ORAL SOLUTION 120 MG/4.8 ML (25 MG/ML) (celecoxib)	Tier 2	PA
Antipsicóticos - Agonistas Inversos De Serotonina Selectia Atípica 5-Ht2a (Ssia) - Drugs For Severe Mental Disorders		
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG (pimavanserin tartrate)	Tier 3	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG (pimavanserin tartrate)	Tier 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>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR (asenapine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Aripiprazole, Asenapine Maleate, Clozapine, Olanzapine, Paliperidone, Quetiapine Fumarate, Risperidone, or Ziprasidone HCL in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Antipsicóticos - Antag De Dopamina Atípica-Serotonina-Tienobenzodiazepinas - Drugs For Severe Mental Disorders		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorpham malate)	Tier 2	PA
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina- Der De Dibenzodiazepina - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (clozapine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Aripiprazole, Asenapine Maleate, Clozapine, Olanzapine, Paliperidone, Quetiapine Fumarate, Risperidone, or Ziprasidone HCL in 365 days; QL (18 ML per 1 day)
Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina-Benzisotiazolonas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
Antipsicóticos - Atípico, Agonista Parcial De Receptores De D2-5Ht Mezcla De Serotonina - Drugs For Severe Mental Disorders		
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET WITH SENSOR AND STRIP 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Tier 3	PA
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Tier 3	PA
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (brexpiprazole)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
REXULTI ORAL TABLETS, DOSE PACK 0.5 MG (7)- 1 MG (7), 1 MG (4)- 2 MG (3) (brexpiprazole)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
Antipsicóticos - Der De Dopamina Atípica- Antag De Serotonina-Dibenzotiazipina - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
SEROQUEL XR ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 50 MG(3)-200 MG (1)-300 MG(11) (quetiapine fumarate)	Tier 2	
Antipsicóticos - Derivados De Butirfenonas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Antipsicóticos - Derivados De Dibenzodiacepina - Drugs For Severe Mental Disorders		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 10 MG (loxapine)	Tier 3	
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsicóticos - Fenotiazinas, Alifáticas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Antipsicóticos - Tioxantinas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Antipsychotic - Atypical Dopamine-Serotonin Antag-Butyrophenone Deriv - Drugs For Severe Mental Disorders		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG (lumateperone tosylate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Vraylar in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Antipsychotic - Benzamide Derivatives - Drugs For Parkinson		
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Entacapone in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
Antipsychotic - Butyrophenone Derivatives - Drugs For Parkinson		
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG (opicapone)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 2	PA
Antitubercular Agents Other - Drugs For Insomnia		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (suvorexant)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (lemborexant)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QUVIVIQ ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (daridorexant HCl)	Tier 2	PA
Benzodiazepinas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (alprazolam)	Tier 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Tier 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Tier 1	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Tier 1	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/MI)	Tier 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	Tier 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Tier 1	
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Tier 2	QL (10 EA per 30 days)
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/MI)	Tier 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1 MG, 2 MG, 3 MG (lorazepam)	Tier 2	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG (lorazepam)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Lorazepam tablets in 120 days
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>midazolam oral syrup 10 mg/5 ml (2 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Tier 1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Tier 2	QL (10 EA per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Eszopiclone, Flurazepam HCL, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate in 120 days
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG (clobazam)	Tier 2	
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Tier 1	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (diazepam)	Tier 2	QL (10 EA per 30 days)
Bulk Chemicals - Drugs For Parkinson		
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	Tier 1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (safinamide mesylate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbidopa/levodopa, Duopa, or Rytary in 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZELAPAR ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1.25 MG (selegiline HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Selegiline capsules or tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Chemicals - Essential Oils - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Tier 1	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Tier 1	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Tier 2	QL (10 EA per 30 days)
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Tier 2	QL (10 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG (clobazam)	Tier 2	
VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (diazepam)	Tier 2	QL (10 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Contrast Media - Barium - Drugs For Depression		
<i>desvenlafaxine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Tier 2	PA
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic Duloxetine two 20mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DULOXICaine KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26), 20 MG (2)- 40 MG (5) (levomilnacipran HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (levomilnacipran HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (milnacipran HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Cyclobenzaprine HCL, Duloxetine HCL, Gabapentin, or Pregabalin in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (milnacipran HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Cyclobenzaprine HCL, Duloxetine HCL, Gabapentin, or Pregabalin in 365 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Venlafaxine ER capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
Contrast Media - Iodinated - Drugs For Depression		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Contrast Media - Magnetic Resonance Iron Compounds - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
<i>lithium carbonate oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	Tier 1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	Tier 1	
Contrast Media - Ultrasound Agent Combinations - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
Contrast Media - Ultrasound Agents And Combinations - Drugs For Severe Mental Disorders		
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG (iloperidone)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2) (iloperidone)	Tier 2	QL (8 EA per 28 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
Déficit De Atención-Hiperact. Trastorno (Tdah) - Alfa 2 Agonistas De Receptores - Drugs For Attention Deficit Disorder		
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	Tier 1	
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
Dermatological - Lubricants - Drugs For Anxiety		
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
Dermatological - Powders - Drugs For Anxiety		
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Dermatological - Soap And/Or Cleanser Combinations - Drugs For Anxiety		
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
Diagnostic - Contrast Media - Drugs For Depression		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR (selegiline)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG (isocarboxazid)	Tier 2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diagnostic - Other - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	QL (9 EA per 1 day)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
Digestive Aid Mixtures With Anticholinergics - Drugs For Attention Deficit Disorder		
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG (amphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine oral suspen, ir - er, biphasic 24hr 1.25 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine/amphetamine XR in 120 days; QL (450 ML per 30 days)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA
AZSTARYS ORAL CAPSULE 26.1 MG- 5.2 MG, 39.2 MG- 7.8 MG, 52.3 MG- 10.4 MG (serdexmethylphenidate chloride/dexmethylphenidate HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 17.3 MG, 8.6 MG (methylphenidate)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 25.9 MG (methylphenidate)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dexmethylphenidate oral capsule, er biphasic 50-50 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (180 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
DYANAVEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML (amphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (240 ML per 30 days)
DYANAVEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (amphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
JORNAY PM ORAL CAPSULE,DEL REL,EXT REL SPRINK 100 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (methylphenidate HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>lisdexamfetamine oral tablet,chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
methylphenidate HCl (Metadate Er Oral Tablet Extended Release 20 Mg)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (150 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral cap,er sprinkle,biphasic 40-60 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: One of the following generics: Concerta, Metadate CD, Ritalin LA, Methylin ER, or Ritalin-SR in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg, 63 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 45 mg</i>	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 72 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate transdermal patch 24 hour 10 mg/9 hr, 15 mg/9 hr, 20 mg/9 hr, 30 mg/9 hr</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Methylphenidate HCL or Quillivant XR in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET, CHEW, IR-ER. BIPHASIC 24HR 20 MG, 40 MG (methylphenidate HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET, CHEW, IR-ER. BIPHASIC 24HR 30 MG (methylphenidate HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Tier 2	120mL BOTTLE; ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Tier 2	150mL BOTTLE; ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (300 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Tier 2	180mL BOTTLE; ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (360 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Tier 2	60mL BOTTLE; ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (60 ML per 30 days)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 18 MG, 27 MG, 54 MG (methylphenidate HCl)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 36 MG (methylphenidate HCl)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 72 MG (methylphenidate HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (lisdexamfetamine dimesylate)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
VYVANSE ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (lisdexamfetamine dimesylate)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR (dextroamphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 6 Years)
dextroamphetamine sulfate (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
Digestive Aids - Drugs For Attention Deficit Disorder		
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG (amphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>amphetamine oral suspen, ir - er, biphasic 24hr 1.25 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine/amphetamine XR in 120 days; QL (450 ML per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
DYANAVEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML (amphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (240 ML per 30 days)
DYANAVEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (amphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Enzymes - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML (brivaracetam)	Tier 2	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (brivaracetam)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG (levetiracetam)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Levetiracetam in 120 days; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG (levetiracetam)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Levetiracetam in 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Tier 2	PA
Estimulante Cns - Analépticos, Tipo Metilxantina - Drugs For The Nervous System		
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>caffeine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Gastric Acid Secretion Reducing- H2 Antagonist And Antispasmodic Comb. - Drugs For Insomnia		
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<i>midazolam oral syrup 10 mg/5 ml (2 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Eszopiclone, Flurazepam HCL, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate in 120 days
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Tier 1	
Gastric Acid Secretion Reducing-H2 Antagonist And Antacid Combinations - Drugs For Insomnia		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Tier 1	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
Gastrointestinal Antispasmodics - Drugs For Anxiety		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (alprazolam)	Tier 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Tier 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/MI)	Tier 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	Tier 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/MI)	Tier 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1 MG, 2 MG, 3 MG (lorazepam)	Tier 2	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG (lorazepam)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Lorazepam tablets in 120 days
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
GI Antispasmodic Combinations - Drugs For Depression		
<i>citalopram oral capsule 30 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 90 mg</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	
<i>fluvoxamine oral capsule, extended release 24hr 100 mg, 150 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	Tier 1	
<i>sertraline oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Glucocorticoid-Anesthetic Combinations - Drugs For Depression		
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (vortioxetine hydrobromide)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Bupropion HCL, Citalopram Hydrobromide, Escitalopram Oxalate, Fluoxetine HCL, Mirtazapine, Paroxetine HCL, Sertraline HCL, or Venlafaxine HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Hipnóticos - Agonistas De Receptor De Melatonina M1/M2 - Drugs For Insomnia		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (tasimelteon)	Tier 3	PA
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate in 120 days
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	Tier 3	PA
Hipnóticos - Combinaciones De Melatonina - Drugs For Insomnia		
ALKA-SELTZER PM (MELATONIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 250-1.5 MG (calcium phosphate, tribasic/melatonin)	Tier 2	
COMPLETE BALANCE MENOPAUSE RLF ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 175-62-1 MG (NIGHT) (vit B/folic acid/calcium/soy xt/black cohosh xt/melatonin)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KIDS SLEEP CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5-25-12.5 MG (melatonin/theanine/lemon balm/chamomile flower/lavender)	Tier 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)	Tier 1	
<i>melatonin-pyridoxal phos (b6) oral tablet,disintegrating 2.5 mg- 338 mcg</i>	Tier 1	
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6) oral tablet 5-1 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet extended release 5-10 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet, ir and er, biphasic 10-10 mg, 5-10 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin-theanine oral tablet 10-5.5 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin-theanine oral tablet,disintegrating 3-50 mg</i>	Tier 1	
RELAX NIGHT CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5-12.5-50-0.5 MG (melatonin/5-hydroxytryptophan/theanine/lemon balm leaf xt)	Tier 1	
REPOZEN SLEEP AID ORAL CAPSULE 5-30-50 MG (melatonin/gamma-aminobutyric acid/valerian)	Tier 2	
SLEEP CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 3-50-12.5 MG (melatonin/theanine/lemon balm/chamomile flower/lavender)	Tier 1	
SLEEP IMMUNE HEALTH ORAL TABLET,CHEWABLE 3 MG-45 MG-12.5 MCG-3.75 MG (melatonin/ascorbic acid/vitamin D3/zinc citrate/elderberry)	Tier 1	
SLEEP OPTIMIZER ORAL CAPSULE 0.15-50-150-200 MG (melatonin/GABA/tryptophan/valerian root/hops/lemon balm)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SLEEP SUPPORT (MELATONIN-HERB) ORAL TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE 1.5-22 MG-MCG (melatonin/herbal complex no.233)	Tier 1	
SLEEP3 ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 10-200-50 MG (melatonin/theanine/valerian rt/lemon balm/chamomile/lavender)	Tier 1	
SLOWMAG MG CALM-SLEEP ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 1-71.5 MG (melatonin/magnesium citrate)	Tier 2	
SOOTHING NIGHT ORAL POWDER 3-350-250 MG/8.3 GRAM (melatonin/mag carbonate, glycinate/pot bic/GABA/glycine/lemon)	Tier 2	
SOPORDREN ORAL CAPSULE 1-50-25-200 MG (melatonin/GABA/5-HTP/theanine/magnesium citrate, oxide/herbs)	Tier 2	
SUPERIOR SLEEP ORAL CAPSULE 5-50-50 MG (melatonin/5-HTP/tryptophan/theanine/magnesium/vit B6/herbal)	Tier 2	
UNISOM SIMPLE SLUMBERS ORAL TABLET, CHEWABLE 2.5 MG (melatonin/passion flower/lemon balm)	Tier 2	
Hipnóticos - Melatonina - Agentes Individuales - Drugs For Insomnia		
CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN) ORAL LIQUID 1 MG/ML (melatonin)	Tier 2	
KIDS MELATONIN ORAL TABLET, CHEWABLE 1 MG (melatonin)	Tier 1	
<i>melatonin oral capsule 10 mg</i>	Tier 2	
<i>melatonin oral drops 1 mg/4 ml</i>	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>melatonin oral drops 10 mg/ml, 3 mg/4 ml</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral liquid 2.5 mg/10 ml</i>	Tier 2	
<i>melatonin oral lozenge 5 mg</i>	Tier 2	
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 10 mg, 12 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral tablet 3 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral tablet extended release 10 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral tablet, chewable 1 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral tablet, chewable 5 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral tablet, disintegrating 1 mg, 10 mg, 12 mg, 3 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	Tier 2	
<i>melatonin sublingual tablet 10 mg</i>	Tier 1	
MELATONINMAX ORAL TABLET, CHEWABLE 10 MG (melatonin)	Tier 1	
Immunosuppressive Agents - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ACTIVE-PAC KIT, GEL AND CAPSULE 300-4-1 MG-%-% (gabapentin/lidocaine HCl/menthol)	Tier 2	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	Tier 1	
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Blood Administration Sets - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Tier 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	Tier 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Tier 1	
DUOPA J-TUBE INTESTINAL PUMP SUSPENSION 4.63-20 MG/ML (carbidopa/levodopa)	Tier 3	PA
RYTARY ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG (carbidopa/levodopa)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Carbidopa/levodopa in 120 days; QL (10 EA per 1 day)
Medical Supplies And Dme - Iv Sets-Tubing - Drugs For Parkinson		
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG (levodopa)	Tier 3	PA
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG (levodopa)	Tier 3	PA
Medical Supplies And Dme - Needles And Syringes - Drugs For Parkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	Tier 3	PA
GOCOVRI ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 137 MG, 68.5 MG (amantadine HCl)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR (rotigotine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Pramipexole or immediate-release Ropinirole in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG, 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1) (amantadine HCl)	Tier 2	PA
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	Tier 1	
<i>pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Pramipexole or immediate-release Ropinirole in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Pramipexole or immediate-release Ropinirole in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Medical Supplies And Dme - Parenteral Therapy Supplies - Drugs For Parkinson		
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	Tier 1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Durable Medical Equipment (Dme) - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	
Migraine Therapy - Cgrp Receptor Blockers (Gepants And Mab) - Drugs For Migraine Headaches		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML (erenumab-aooe)	Tier 2	PA
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG (rimegepant sulfate)	Tier 2	PA
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG (atogepant)	Tier 2	PA
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (ubrogepant)	Tier 2	PA
ZAVZPRET NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (zavegepant HCl)	Tier 2	PA
Migraine Therapy - Selective Serotonin Agonists 5-Ht(1F) - Drugs For Migraine Headaches		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (lasmiditan succinate)	Tier 2	PA
Sedantes-Hipnóticos - Agonistas Selectivos De Adrenoreceptor Alfa2 - Drugs For Insomnia		
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG (dexmedetomidine HCl)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Doxepin solution or 10mg capsules, Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Terapia Antiparkinson - Agentes Anticolinérgicos - Drugs For Parkinson		
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Terapia Con Medicamentos Para Trastorno De Movimiento - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 3	PA
Terapia De Dolor Neuropático - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Migraña - Agonista De Serotonina 5-Ht(1) Y Comb. De Nsaid - Drugs For Migraine Headaches		
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Almotriptan Malate, Eletriptan Hydrobromide, Frovatriptan Succinate, Naratriptan HCL, Onzetra Xsail, Rizatriptan Benzoate, Sumatriptan Succinate/Naproxen Sodium, Sumatriptan Succinate, Sumatriptan, Tosymra, Zembrace Symtouch, or Zolmitriptan in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
Terapia De Migraña - Agonistas Selectivos De Serotonina 5-Ht(1) - Drugs For Migraine Headaches		
<i>almotriptan malate oral tablet 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>eletriptan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>frovatriptan oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
MIGRANOW KIT, GEL AND TABLET 50 MG- 10 %-4 % (sumatriptan succinate/menthol/camphor)	Tier 2	
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 30 days)
ONZETRA XSAIL NASAL AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 11 MG (sumatriptan succinate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Sumatriptan nasal spray in 120 days; QL (32 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (27 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (27 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	Tier 1	QL (36 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 5 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Tier 1	QL (18 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Tier 1	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	Tier 1	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	Tier 1	QL (18 ML per 30 days)
TOSYMRA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (sumatriptan)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (24 EA per 30 days)
ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 3 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Sumatriptan injection in 120 days; QL (18 ML per 30 days)
<i>zolmitriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
zolmitriptan (Zomig Oral Tablet 2.5 Mg, 5 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
Terapia De Migraña - Alkaloides De Cornezuelo Y Derivados - Drugs For Migraine Headaches		
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	QL (15 ML per 14 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (8 ML per 28 days)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET 2 MG (ergotamine tartrate)	Tier 2	QL (10 EA per 7 days)
TRUDHESA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.725 MG/PUMP ACT. (4 MG/ML) (dihydroergotamine mesylate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (12 ML per 28 days); Age (Min 18 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Migraña - Bloqueador De Ligando Cgrp, Anticuerpo Monoclonal - Drugs For Migraine Headaches		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML (fremanezumab-vfrm)	Tier 2	PA
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML (fremanezumab-vfrm)	Tier 2	PA
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Tier 2	PA
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Tier 2	PA
Terapia De Migraña - Derivados De Ácido Carboxílico - Drugs For Migraine Headaches		
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Terapia De Trastorno De Movimiento - Discinesia Tardía - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA
Terapia De Trastorno De Movimiento - Enfermedad De Huntington - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 3	PA
Terapia Para Trastorno Por Déficit De Atención-Hiperactividad (Tdah), De Tipo Nri - Drugs For Attention Deficit Disorder		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG (viloxazine HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atomoxetine HCL, Clonidine HCL, Dexmethylphenidate HCL, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine HCL, or Methylphenidate HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 6 Years)
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG (viloxazine HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atomoxetine HCL, Clonidine HCL, Dexmethylphenidate HCL, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine HCL, or Methylphenidate HCL in 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 6 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 200 MG (viloxazine HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atomoxetine HCL, Clonidine HCL, Dexmethylphenidate HCL, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine HCL, or Methylphenidate HCL in 120 days; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 6 Years)
Tetracycline Antibiotic And Local Anesthetic Combinations - Drugs For The Nervous System		
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 300 MG (gabapentin enacarbil)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Gabapentin, Gralise, Neuraptine, Pramipexole Di-HCL, or Ropinirole HCL in 120 days; QL (30 EA per 30 days)
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 600 MG (gabapentin enacarbil)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Gabapentin, Gralise, Neuraptine, Pramipexole Di-HCL, or Ropinirole HCL in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Thrombin Inhibitor - Selective Direct And Reversible - Drugs For Severe Mental Disorders		
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG (cariprazine HCl)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Urinary Acidifier - Phosphates - Drugs For Migraine Headaches		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	Tier 1	QL (10 EA per 7 days)
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG (ergotamine tartrate/caffeine)	Tier 2	PA
Dopamine D1 Receptor Agonists, Antihypertensive - Drugs For The Urinary System		
Medicamentos De Disfunción Erectil (De)-Inhib Sel. Cgmp De Fosfodiesterasa Tipo5 - Drugs For Erectile Dysfunction		
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; SG
Endocrino		
Antihyperglycemic - Dual Sglt1 And Sglt2 Inhibitors		
INPEFA ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sotagliflozin)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 365 days
Menopausal Symptoms Suppressant- Neurokinin 3 (Nk3) Receptor Antagonist		
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG (fezolinetant)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Endocrino - Hormones		
Abortivos - Antagonistas De Receptores De Progesterona - Drugs For Women		
MIFEPREX ORAL TABLET 200 MG (mifepristone)	Tier 2	
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados De Imidazol - Drugs For Thyroid		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados De Tiouracilo - Drugs For Thyroid		
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
Agentes De Amiloidosis - Establizador De Transtiretina (Ttr) - Hormones		
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG (tafamidis)	Tier 3	PA
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG (tafamidis meglumine)	Tier 3	PA
Agentes De Amiloidosis - Supresión De Ttr, Basado En Oligonucleótido Antisentido - Hormones		
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 284 MG/1.5 ML (inotersen sodium)	Tier 3	PA
WAINUA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 45 MG/0.8 ML (eplontersen sodium)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Estimulación De Formación Ósea - De Tipo Hormonas Paratiroidea - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (600mcg/2.4ml), 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	Tier 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)	Tier 3	PA
Agentes Para Tratar Hipoglicemia (Hiperglucémicos) - Drugs For Diabetes		
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION (glucagon)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Glucagon Emergency Kit, Gvoke, or Zegalogue in 120 days
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Tier 1	
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT INJECTION RECON SOLN 1 MG (glucagon HCl)	Tier 1	
glucagon (Glucagon Emergency Kit (Human) Injection Recon Soln 1 Mg)	Tier 2	
<i>glucose oral tablet, chewable 2 gram</i>	Tier 1	
<i>glucose oral tablet, chewable 4 gram</i>	Tier 1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 2	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 2	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 2	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 2	
INSTA-GLUCOSE (WITH DEXTRIN) ORAL GEL 24 GRAM/31 GRAM (dextrose/dextrin/maltose)	Tier 2	
SWEET CHEEKS ORAL GEL IN SYRINGE 1.2 GRAM /3 ML (40 %) (dextrose)	Tier 2	
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Tier 2	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Tier 2	
Agents To Treat Hypoglycemia (Hyperglycemics) Combinations - Hormones		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Tier 3	PA
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Tier 3	PA
Anabolic Steroids - Drugs For Diabetes		
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Análogos De Insulina - Combinaciones Fijas - Drugs For Diabetes		
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (50-50) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Tier 2	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Tier 2	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Tier 2	
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Humalog Mix 75-25 in 120 days
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Humalog Mix 75-25 in 120 days
<i>insulin lispro protamin-lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (75-25)</i>	Tier 1	
Análogos De Insulina - De Acción Prolongada - Drugs For Diabetes		
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine, human recombinant analog)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Semglee (yfgn), Toujeo, or Tresiba in 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin detemir)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Semglee (yfgn), Toujeo, or Tresiba in 120 days
LEVEMIR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin detemir)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Semglee (yfgn), Toujeo, or Tresiba in 120 days
REZVOGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-aglr)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Semglee (yfgn), Toujeo, or Tresiba in 120 days
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glargine-yfgn)	Tier 2	
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-yfgn)	Tier 2	
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Tier 2	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Tier 2	
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	Tier 2	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	Tier 2	
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin degludec)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Análogos De Insulina - De Acción Rápida - Drugs For Diabetes		
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin glulisine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
APIDRA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glulisine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart (niacinamide))	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart (niacinamide))	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML) (insulin aspart (niacinamide)/pump cartridge)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart (niacinamide))	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
HUMALOG KWIKPEN INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin lispro)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Tier 2	
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen, half-unit 100 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Tier 1	
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Tier 2	
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin lispro-aabc)	Tier 2	
LYUMJEV TEMPO PEN(U-100)INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Tier 2	
LYUMJEV U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Tier 2	
Androgen - Combinations - Drugs For Diabetes		
DM2 COMBO PACK, TABLET AND STRIP 500 MG (metformin HCl/blood sugar diagnostic)	Tier 2	
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>metformin oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	Tier 1	
<i>metformin oral tablet 625 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>metformin oral tablet extended release 24hr 1,000 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>metformin oral tablet,er gast.retention 24 hr 1,000 mg, 500 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Metformin HCL in 120 days
RIOMET ER ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 500 MG/5 ML (metformin HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Metformin IR tablets/solution or ER tablets in 120 days
Andrógeno - Agentes Únicos - Drugs For Men		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HR (testosterone)	Tier 2	PA
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG, 237 MG (testosterone undecanoate)	Tier 2	PA
KYZATREX ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG (testosterone undecanoate)	Tier 2	PA
METHITEST ORAL TABLET 10 MG (methyltestosterone)	Tier 2	PA
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	PA
NATESTO NASAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 5.5 MG/0.122 GRAM/ACTUATION (testosterone)	Tier 2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)</i>	Tier 1	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation, 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %), 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram), 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram), 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	Tier 1	PA
TLANDO ORAL CAPSULE 112.5 MG (testosterone undecanoate)	Tier 2	PA
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML (testosterone enanthate)	Tier 2	PA
Antagonistas De Receptor De Hormona De Crecimiento - Drugs For Growth		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG (pegvisomant)	Tier 3	
Antidepressant-Tricyclics And Related (Non-Select Reuptake Inhibitors) - Drugs For Diabetes		
BRENZAVVY ORAL TABLET 20 MG (bexagliflozin)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 365 days
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	Tier 2	
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (canagliflozin)	Tier 2	
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (empagliflozin)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STEGLATRO ORAL TABLET 15 MG, 5 MG (ertugliflozin pidolate)	Tier 2	
Antihiper glucémicos - Agonistas De Receptor De Dopamina - Drugs For Diabetes		
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG (bromocriptine mesylate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Glipizide/Metformin HCL, Glyburide/Metformin HCL, Metformin HCL, or Riomet ER in 180 days
Antihiper glucémicos - Combinaciones De Inhibidor De SglT-2 Y Biguanida - Drugs For Diabetes		
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (canagliflozin/metformin HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 365 days
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (canagliflozin/metformin HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 365 days
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG (ertugliflozin pidolate/metformin HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 365 days
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (empagliflozin/metformin HCl)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 25-1,000 MG, 5-1,000 MG (empagliflozin/metformin HCl)	Tier 2	
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (dapagliflozin propanediol/metformin HCl)	Tier 2	
Antihiperoglucémicos - Combinaciones De Tiazolidinediona Y Biguanida - Drugs For Diabetes		
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Metformin, preferred Sulfonylurea or preferred Metformin/Sulfonylurea combination in 120 days
Antihiperoglucémicos - Combinaciones De Tiazolidinediona Y Sulfonilurea - Drugs For Diabetes		
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Metformin, preferred Sulfonylurea or preferred Metformin/Sulfonylurea combination in 120 days
Antihiperoglucémicos, De Tipo Análogo De Amilina - Drugs For Diabetes		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML (pramlintide acetate)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML (pramlintide acetate)	Tier 2	
Antihiper glucémicos, Miméticos De La Incretina, Agonista De Receptores De Glp-1 De Tipo Análogo - Drugs For Diabetes		
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML (exenatide microspheres)	Tier 2	PA
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML) 2.4 ML, 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 1.2 ML (exenatide)	Tier 2	PA
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) (semaglutide)	Tier 2	PA
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG (semaglutide)	Tier 2	PA
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML (dulaglutide)	Tier 2	PA
VICTOZA 2-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Tier 2	PA
VICTOZA 3-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Tier 2	PA
Antihiper glucémicos-Insulina, De Acción Prolongada Y Comb De Agonista De Receptores De Glp-1 - Drugs For Diabetes		
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML (insulin glargine, human recombinant analog/lixisenatide)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) (insulin degludec/liraglutide)	Tier 2	
Antihyperglycemic - Dual Gip And Glp-1 Receptor Agonists - Drugs For Diabetes		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML (tirzepatide)	Tier 2	PA
Antihyperglycemic - Meglitinide Analogs - Hormones		
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	Tier 1	
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Tier 1	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml), 150 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Tier 1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	Tier 1	
NOCDURNA (MEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 55.3 MCG (desmopressin acetate)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
NOCDURNA (WOMEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 27.7 MCG (desmopressin acetate)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
NOCTIVA NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 0.83 MCG/SPRAY (0.1 ML), 1.66 MCG/SPRAY (0.1 ML) (desmopressin acetate)	Tier 2	QL (3.8 GM per 30 days)
Antihyperglycemic (Antidiabetic) Combinations - Drugs For Growth		
MYCAPSSA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG (octreotide acetate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Tier 3	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Tier 3	
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) (pasireotide diaspertate)	Tier 3	PA
Antineoplastic - Antiandrogens - Drugs For Women		
<i>estradiol/norethindrone acetate (Amabelz Oral Tablet 0.5-0.1 Mg, 1-0.5 Mg)</i>	Tier 1	
BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG (estradiol/progesterone)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Duavee or Premarin in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
BIJUVA ORAL CAPSULE 1-100 MG (estradiol/progesterone)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Duavee or Premarin in 120 days; QL (30 EA per 30 days)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/24 HR (estradiol/levonorgestrel)	Tier 2	QL (1 EA per 7 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR (estradiol/norethindrone acetate)	Tier 2	QL (2 EA per 7 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	Tier 1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Fyavolv Oral Tablet 0.5-2.5 Mg-Mcg, 1-5 Mg-Mcg)</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Jinteli Oral Tablet 1-5 Mg-Mcg)	Tier 1	
estradiol/norethindrone acetate (Mimvey Oral Tablet 1-0.5 Mg)	Tier 1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	Tier 1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14) (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Tier 2	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Tier 2	
Antineoplastic - Hormone/Hormone Antagonist Agents - Drugs For Women		
COVARYX H.S. ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Tier 1	
COVARYX ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Tier 1	
EEMT HS ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Tier 1	
EEMT ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Tier 1	
<i>estrogens-methyltestosterone oral tablet 0.625-1.25 mg, 1.25-2.5 mg</i>	Tier 1	
Antineoplastic - Selective Retinoid X Receptor Agonists - Drugs For Women		
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
Antineoplastics - Drugs For Inflammation		
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	Tier 1	
Bone Formation Stimulating Agents - Natriuretic Peptide - Drugs For Menopause And Bone Loss		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 0.4 MG, 0.56 MG, 1.2 MG (vosoritide)	Tier 3	PA
Calcimimético, Potenciador De Sensibilidad De Receptores De Calcio Paratiroideo - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Tier 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	Tier 3	QL (4 EA per 1 day)
Central Nervous System Agents - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg</i>	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
Cephalosporin Antibiotic And Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Hormones		
MYALEPT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG/ML (FINAL CONC.) (metreleptin)	Tier 3	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cmv Antiviral Agent - Nucleotide Analogs - Drugs For Diabetes		
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG (empagliflozin/linagliptin)	Tier 2	
QTERN ORAL TABLET 10-5 MG, 5-5 MG (dapagliflozin propanediol/saxagliptin HCl)	Tier 2	
STEGLUJAN ORAL TABLET 15-100 MG, 5-100 MG (ertugliflozin pidolate/sitagliptin phosphate)	Tier 2	
Combinaciones De Sales Glucocorticoides - Drugs For Inflammation		
BETALOAN SUIK KIT 6 MG/ML (betamethasone acetate and sodium phosph/norflurane/HFC 245fa)	Tier 2	
Contraceptive Injectable Combinations - Hormones		
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (osilodrostat phosphate)	Tier 3	PA
RECORLEV ORAL TABLET 150 MG (levoketoconazole)	Tier 3	PA
Contraceptive Oral - Monophasic - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	Tier 1	QL (75 ML per 7 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	Tier 1	
BINOSTO ORAL TABLET, EFFERVESCENT 70 MG (alendronate sodium)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Alendronate Sodium, Fosamax Plus D, or Ibandronate Sodium in 365 days; QL (4 EA per 28 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Alendronate Sodium and Ibandronate Sodium in 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Alendronate Sodium and Ibandronate Sodium in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Alendronate Sodium and Ibandronate Sodium in 365 days; QL (1 EA per 7 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Alendronate Sodium and Ibandronate Sodium in 365 days; QL (1 EA per 7 days)
Contraceptive Oral - Triphasic - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	Tier 1	
Contraceptives Implant - Drugs For Women		
CERVIDIL VAGINAL INSERT, EXTENDED RELEASE 10 MG (dinoprostone)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREPIDIL VAGINAL GEL 0.5 MG/3 G (dinoprostone)	Tier 2	
Diabetic Therapy - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	Tier 1	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Diagnostic Biologicals - Drugs For Diabetes		
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Tier 1	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Tier 1	
Estrogen-Androgen - Drugs For Diabetes		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Estrogen-Antianxiety Agent - Drugs For Diabetes		
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Estrógenos - Drugs For Women		
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML (estradiol cypionate)	Tier 2	
estradiol (Dotti Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Tier 1	QL (2 EA per 7 days)
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 0.87 GRAM/ACTUATION (estradiol)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Alora or Estradiol in 120 days; QL (52 GM per 30 days)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>estradiol transdermal gel in metered-dose pump 1.25 gram/actuation</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Alora or Estradiol in 120 days
<i>estradiol transdermal gel in packet 0.25 mg/0.25 gram (0.1 %), 0.5 mg/0.5 gram (0.1 %), 0.75 mg/0.75 gram (0.1%)</i>	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1 mg/gram (0.1 %)</i>	Tier 1	QL (30 GM per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1.25 mg/1.25 gram (0.1 %)</i>	Tier 1	QL (37.5 GM per 30 days)
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Tier 1	QL (2 EA per 7 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Tier 1	QL (1 EA per 7 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 1.25 GRAM/ACTUATION (estradiol)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Alora or Estradiol in 120 days
EVAMIST TRANSDERMAL SPRAY, NON-AEROSOL 1.53 MG/SPRAY (1.7%) (estradiol)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Alora or Estradiol in 120 days; QL (16.2 ML per 30 days)
estradiol (Lyllana Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Tier 1	QL (2 EA per 7 days)
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG (estrogens, esterified)	Tier 2	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 14 MCG/24 HR (estradiol)	Tier 2	QL (1 EA per 7 days)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (estrogens, conjugated)	Tier 2	
Factor De Crecimiento De Tipo Insulina-1 (Igf-1) - Hormones		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (mecasermin)	Tier 3	PA
Glucocorticoides - Drugs For Inflammation		
AGAMREE ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (vamorolone)	Tier 3	PA
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG (hydrocortisone)	Tier 3	PA
<i>cortisone oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	
<i>deflazacort oral suspension 22.75 mg/ml</i>	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>deflazacort oral tablet 18 mg, 30 mg, 36 mg, 6 mg</i>	Tier 3	PA
dexamethasone (Dexabliss Oral Tablets,Dose Pack 1.5 Mg (39 Tabs))	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets in 120 days
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL DROPS 1 MG/ML (dexamethasone)	Tier 2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral tablets,dose pack 1.5 mg (21 tabs), 1.5 mg (35 tabs), 1.5 mg (51 tabs)</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets in 120 days
DEXONTO IONTOPHORETIC SOLUTION 0.4 % (dexamethasone sodium phosphate)	Tier 2	
DMT SUIK KIT 10 MG/ML (dexamethasone/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML (deflazacort)	Tier 3	PA
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG, 30 MG, 36 MG, 6 MG (deflazacort)	Tier 3	PA
EOHILIA ORAL SUSPENSION IN PACKET 2 MG/10 ML (budesonide)	Tier 3	PA
HEMADY ORAL TABLET 20 MG (dexamethasone)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEDROL ORAL TABLET 2 MG (methylprednisolone)	Tier 2	
MEDROLOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (methylprednisolone acetate/norflurane/HFC 245fa)	Tier 2	
MEDROLOAN SUIK KIT 40 MG/ML (methylprednisolone acetate/norflurane/HFC 245fa)	Tier 2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i>	Tier 1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>prednisolone oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Methylprednisolone, Prednisolone, or Prednisone in 365 days
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	Tier 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML (prednisone)	Tier 2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
RAYOS ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 1 MG, 2 MG, 5 MG (prednisone)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML (hydrocortisone sodium succinate/PF)	Tier 2	
SOLU-CORTEF INJECTION RECON SOLN 100 MG (hydrocortisone sodium succinate)	Tier 2	
dexamethasone (Taperdex Oral Tablets,Dose Pack 1.5 Mg (21 Tabs), 1.5 Mg (49 Tabs))	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets in 120 days
TAPERDEX ORAL TABLETS,DOSE PACK 1.5 MG (27 TABS) (dexamethasone)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets in 120 days
TARPEYO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 4 MG (budesonide)	Tier 3	PA
TRILOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
TRILOAN SUIK KIT 40 MG/ML (triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
ZCORT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1.5 MG (25 TABS) (dexamethasone)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets in 120 days
Gonadotropina Coriónica Humana (Hcg) - Drugs For Women		
<i>chorionic gonadotropin, human intramuscular recon soln 10,000 unit</i>	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Novarel or Ovidrel in 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVAREL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 5,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Tier 2	
OVIDREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MCG/0.5 ML (choriogonadotropin alfa)	Tier 2	
PREGNYL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Novarel or Ovidrel in 120 days
Hormona Estimulante De Folículo (Fsh) - Drugs For Women		
FOLLISTIM AQ SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 300 UNIT/0.36 ML, 600 UNIT/0.72 ML, 900 UNIT/1.08 ML (follitropin beta, recombinant)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Gonal-F RFF, Gonal-F RFF Redi-ject, or Gonal-F in 120 days
GONAL-F RFF REDI-JECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300/0.5 UNIT/ML, 450/0.75 UNIT/ML, 900/1.5 UNIT/ML (follitropin alfa, recombinant)	Tier 3	
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Tier 3	
GONAL-F SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,050 UNIT, 450 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Tier 3	
Hormonas De Tiroides - Fuente Animal (Porcino) - Drugs For Thyroid		
ADTHYZA ORAL TABLET 130 MG, 16.25 MG, 32.5 MG, 65 MG, 97.5 MG (thyroid, pork)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ARMOUR THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: NP Thyroid, Nature-Throid, WP Thyroid, Westhroid, or Thyroid tablets in 120 days
NP THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Tier 1	
<i>thyroid (pork) oral tablet 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
Hormonas De Tiroides - Sintetico T3 (Triyodotironina) - Drugs For Thyroid		
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Tier 1	
Hormonas De Tiroides - Sintetico T4 (Tiroxina) - Drugs For Thyroid		
ERMEZA ORAL SOLUTION 30 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Tier 1	PA
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>levothyroxine oral capsule 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Tier 1	PA
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THYQUIDITY ORAL SOLUTION 20 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Levothyroxine tablets in 120 days; QL (20 ML per 1 day)
TIROSINT ORAL CAPSULE 37.5 MCG, 44 MCG, 62.5 MCG (levothyroxine sodium)	Tier 2	PA
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Tier 2	PA
Hormonas Estimulantes De Folículo Y Luteinizantes - Drugs For Women		
MENOPUR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (menotropins)	Tier 3	
Hyperuricemia Therapy - Xanthine Oxidase Inhibitors - Drugs For Women		
<i>paroxetine mesylate(menop.sym) oral capsule 7.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Paroxetine HCL or Venlafaxine HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Inhibidor De Antihiper glucémicos-Sglt-2, Inhibidor De Dpp-4 Y Comb De Biguanida - Drugs For Diabetes		
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 12.5-2.5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidor De Prolactina - Agonistas De Receptor De Dopamina Derivados De Cornezuelo - Drugs For Women		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 1	
Inhibidores De Resorción Ósea - Bifosfonatos Y Combinaciones De Vitamina D - Drugs For Menopause And Bone Loss		
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG- 2,800 UNIT, 70 MG- 5,600 UNIT (alendronate sodium/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 2	
Insulin - Beef - Drugs For Women		
clomiphene citrate (Clomid Oral Tablet 50 Mg)	Tier 2	
<i>clomiphene citrate oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
Insulin - Human And Analogs, Fixed Combinations - Drugs For Growth		
GENOTROPIN MINIQUEL SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML (somatropin)	Tier 3	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML) (somatropin)	Tier 3	PA
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT), 6 MG (18 UNIT) (somatropin)	Tier 3	PA
HUMATROPE INJECTION RECON SOLN 5 (15 UNIT) MG (somatropin)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NGENLA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML), 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) (somatrogon-ghla)	Tier 3	PA
NORDITROPIN FLEXPLO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somatropin)	Tier 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)	Tier 3	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somatropin)	Tier 3	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG (somatropin)	Tier 3	PA
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.) (somatropin)	Tier 3	PA
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG (somatropin)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	PA
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 5 MG (somatropin)	Tier 3	PA
Insulin Pork Combinations - Drugs For Women		
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML (nafarelin acetate)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Insulina Humana - Combinaciones Fijas - Drugs For Diabetes		
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Tier 2	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Tier 2	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Humulin 70-30 or Humulin 70/30 Kwikpen in 120 days
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Humulin 70-30 or Humulin 70/30 Kwikpen in 120 days
Insulina Humana - De Acción Corta - Drugs For Diabetes		
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin regular, human)	Tier 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML (insulin regular, human)	Tier 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML) (insulin regular, human)	Tier 2	
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/100 ML (1 UNIT/ML) (insulin regular, human in 0.9 % sodium chloride)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin regular, human)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Humulin R or Humulin R U-500 in 120 days
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin regular, human)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Humulin R or Humulin R U-500 in 120 days
Insulina Humana - De Acción Intermedia - Drugs For Diabetes		
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin NPH human isophane)	Tier 2	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (insulin NPH human isophane)	Tier 2	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin NPH human isophane)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Humulin N in 120 days
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (insulin NPH human isophane)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Humulin N in 120 days
Insulina Humana - De Acción Rápida - Drugs For Diabetes		
AFREZZA INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 12 UNIT, 4 UNIT, 4 UNIT (90)/ 8 UNIT (90), 4 UNIT/8 UNIT/ 12 UNIT (60), 8 UNIT, 8 UNIT (90)/ 12 UNIT (90) (insulin regular, human)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Lhrh (Gnrh) Antagonist, Estrogen And Progestin Combinations - Drugs For Woman		
MYFEMBREE ORAL TABLET 40-1-0.5 MG (relugolix/estradiol/norethindrone acetate)	Tier 2	
ORIAHNN ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 300-1-0.5MG(AM) /300 MG(PM) (elagolix sodium/estradiol/norethindrone acetate)	Tier 2	
Lhrh (Gnrh) Antagonistas - Drugs For Women		
<i>cetorelix subcutaneous kit 0.25 mg</i>	Tier 3	
ganirelix acetate (Fyremadel Subcutaneous Syringe 250 Mcg/0.5 MI)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Cetorelix Acetate in 120 days
<i>ganirelix subcutaneous syringe 250 mcg/0.5 ml</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Cetorelix Acetate in 120 days
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (elagolix sodium)	Tier 2	
Medical Supplies And Dme - Denture Care Supplies - Drugs For Women		
ANGELIQ ORAL TABLET 0.25-0.5 MG, 0.5-1 MG (drospirenone/estradiol)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Infant Diapers - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin phosphate)	Tier 2	
<i>saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
<i>sitagliptin oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG (linagliptin)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
ZITUVIO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
Ocitótico - Alcaloides De Cornezuelo - Drugs For Women		
<i>methylergonovine oral tablet 0.2 mg</i>	Tier 1	QL (28 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oral Antidiabetic Agents - Drugs For Growth		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG (tesamorelin acetate)	Tier 3	PA
Penicillin Antibiotic - Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Drugs For Women		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG (estrogens, conjugated/bazedoxifene acetate)	Tier 2	
Pharmaceutical Adjuvant - Tableting - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin-metformin oral tablet 12.5-1,000 mg, 12.5-500 mg</i>	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphate/metformin HCl)	Tier 2	
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphate/metformin HCl)	Tier 2	
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG (linagliptin/metformin HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG (linagliptin/metformin HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
Potenciador De Fertilidad - Apoyo A La Fase Lútea, Tipo-Progesterona - Drugs For Women		
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (progesterone, micronized)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Endometrin in 120 days
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT 100 MG (progesterone, micronized)	Tier 2	
Supresores Pituitario De Inhibidor De Gonadotropina - Drugs For Women		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Urinary Antibacterial - Quinolones - Drugs For Diabetes		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG (mifepristone)	Tier 3	PA
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Tier 3	PA
Gastrointestinal Prokinetic Combinations - Drugs For The Nervous System		
Agente De Esclerosis Múltiple - Análogos De Nucleósido Purina - Drugs For Multiple Sclerosis		
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 3	PA
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 3	PA
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 3	PA
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 3	PA
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 3	PA
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 3	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Anticuerpo Monoclonal Específico De Cd20 - Drugs For Multiple Sclerosis		
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML (ofatumumab)	Tier 3	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Bloqueador De Canal De Potasio - Drugs For Multiple Sclerosis		
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	Tier 1	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Inhibidores De Síntesis De Pirimidina - Drugs For Multiple Sclerosis		
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	Tier 1	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Interferonas - Drugs For Multiple Sclerosis		
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Tier 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Tier 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Tier 2	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG (interferon beta-1b)	Tier 2	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 0.3 MG (interferon beta-1b)	Tier 2	PA
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SYRINGE 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 3	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 2	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 2	PA
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a/albumin human)	Tier 2	PA
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML, 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) (interferon beta-1a/albumin human)	Tier 2	PA
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) (interferon beta-1a/albumin human)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente De Esclerosis Múltiple - Modulador De Receptor De Esfingosina 1-Fosfato - Drugs For Multiple Sclerosis		
<i> fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	Tier 1	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG (fingolimod HCl)	Tier 3	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG (siponimod)	Tier 3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS) (siponimod)	Tier 3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS) (siponimod)	Tier 3	PA
PONVORY 14-DAY STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 2 MG (2) - 10 MG (3) (ponesimod)	Tier 3	PA
PONVORY ORAL TABLET 20 MG (ponesimod)	Tier 3	PA
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG (fingolimod lauryl sulfate)	Tier 3	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Tier 3	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Tier 3	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (ozanimod hydrochloride)	Tier 3	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Otros - Drugs For Multiple Sclerosis		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 95 MG (monomethyl fumarate)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML, 40 MG/ML (glatiramer acetate)	Tier 2	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg</i>	Tier 1	PA
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Tier 1	PA
glatiramer acetate (Glatopa Subcutaneous Syringe 20 Mg/ML, 40 Mg/ML)	Tier 1	PA
VUMERITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG (diroximel fumarate)	Tier 3	PA
Hematologic Agent In Vitro - Red Cell Rejuvenation Agents		
Ophthalmic Antibacterial		
<i>sodium iodide-123 oral capsule 3.7 mbq (100 microci), 7.4 mbq (200 microci)</i>	Tier 1	
<i>sodium iodide-131 oral capsule 3.7 mbq (100 microci)</i>	Tier 1	
Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations		
Glycopeptide Antibiotics - Rectal Preparations		
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>	Tier 1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W) (nitroglycerin)	Tier 2	
Minerals And Electrolytes - Iodine Combinations - Rectal Preparations		
ANUCORT-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG (hydrocortisone acetate)	Tier 1	
<i>hydrocortisone acetate rectal suppository 25 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
Minerals And Electrolytes - Potassium - Rectal Preparations		
ANA-LEX KIT RECTAL KIT 2-2 % (hydrocortisone acetate/lidocaine HCl/aloe vera)	Tier 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal cream 1-1 %, 2.5-1 %, 2.5-1 % (4g)</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal suppository 25-18 mg</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal cream 3-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal gel 3 %-2.5 % (7 gram)</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 2 %-2 % (7 gram)</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 3-0.5 %, 3-1 % (7 gram)</i>	Tier 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal gel 2.8-0.55 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal kit 3-2.5 % (7 gram)</i>	Tier 1	
PROCORT RECTAL CREAM 1.85-1.15 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
PROCTOFOAM HC RECTAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
ZYPRAM RECTAL KIT, CREAM AND TOWELETTE 2.35-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl/skin cleanser no.16)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations		
Dermatological - Gene Therapy Agents		
VYJUVEK TOPICAL GEL 5 X 10EXP9 PFU/2.5 ML (beremagene geperpavec-svdt)	Tier 2	
Hair Growth Agents - Kinase Inhibitor		
LITFULO ORAL CAPSULE 50 MG (ritlecitinib tosylate)	Tier 3	PA
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (baricitinib)	Tier 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)	Tier 2	PA
Agentes Antipsoriáco - Antagonistas De Interleucinas-23 (Il-23), Anticuerpos Mc - Drugs For The Skin		
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Tier 3	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Tier 3	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Tier 3	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (guselkumab)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Antipsoriáco - Inhibidores De Interleucinas 12 E II-23, Anticuerpos Mc - Drugs For The Skin		
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	Tier 3	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab)	Tier 3	PA
Agentes De Dermatitis O Eccema, Sistémico-Antag. De Interleucinas-4 (II-4Ra) Mab - Drugs For The Skin		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Tier 3	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Tier 3	PA
Agentes De Dermatitis O Eccema, Tópico - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 - Drugs For The Skin		
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 % (crisaborole)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
Agentes Individuales De Escabicida Y Pediculicida - Drugs For The Skin		
crotamiton (Crotan Topical Lotion 10 %)	Tier 2	
EURAX TOPICAL CREAM 10 % (crotamiton)	Tier 2	
EURAX TOPICAL LOTION 10 % (crotamiton)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LICE-BEDBUG-MITE BEDDING AEROSOL,SPRAY 0.5 % (permethrin)	Tier 1	
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	Tier 1	
<i>spinosad topical suspension 0.9 %</i>	Tier 1	
ULESFIA TOPICAL LOTION 5 % (benzyl alcohol)	Tier 2	
Agentes Individuales De Irritantes Dermatológicos-Antiirritantes - Drugs For The Skin		
<i>methyl salicylate oil</i>	Tier 1	
<i>methyl salicylate topical liquid</i>	Tier 1	
QUTENZA TOPICAL KIT 8 % (capsaicin/skin cleanser)	Tier 2	PA
WINTERGREEN OIL OIL (methyl salicylate)	Tier 1	
Androgen Salt Combinations - Drugs For The Skin		
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 % (mechlorethamine HCl)	Tier 3	PA
Anticoagulants - Drugs For The Skin		
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 % (becaplermin)	Tier 2	
Anticonvulsant - Benzodiazepines - Drugs For The Skin		
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG (apremilast)	Tier 3	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) (apremilast)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihyperlipidemic Agents - Dietary Source Combinations - Drugs For The Skin		
<i>acyclovir topical cream 5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir HCL in 365 days
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	Tier 1	
<i>penciclovir topical cream 1 %</i>	Tier 1	
Antipruriginosos Dermatológicos - Antihistamínicos - Drugs For The Skin		
<i>doxepin topical cream 5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
Antipruriginosos Dermatológicos Otros - Drugs For The Skin		
LEVICYN ANTIPRURITIC TOPICAL GEL (sod Mg fluo/sodium phos/NaCl/hypochlorous acid/sod hypochlor)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsoriáco - Retinoide (Derivado De Vitamina A) - Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
DUOBRII TOPICAL LOTION 0.01-0.045 % (halobetasol propionate/tazarotene)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) in 120 days; QL (200 GM per 28 days)
Antipsoriatic Agents - Interleukin-36 (Il-36) Receptor Antagonist, Mc - Drugs For The Skin		
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (spesolimab-sbzo)	Tier 3	
Antipsoriatic Agents - Tyrosine Kinase 2 (Tyk2) Inhibitor - Drugs For The Skin		
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG (deucravacitinib)	Tier 3	PA
Beta Blockers Cardiac Selective, Intrinsic Sympathomimetic Activity - Drugs For The Skin		
EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE TOPICAL SHEET 14 MM, 2 X 3 CM, 4 X 4 CM, 7 X 7 CM (human regenerative tissue matrix)	Tier 2	
GRAFIX CORE TOPICAL SHEET 1.5 X 2 CM, 14 MM, 16 MM, 2 X 3 CM, 3 X 4 CM, 5 X 5 CM (human regenerative tissue matrix)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GRAFIX PRIME TOPICAL SHEET 1.5 X 2 CM, 14 MM, 16 MM, 2 X 3 CM, 3 X 4 CM, 5 X 5 CM (human regenerative tissue matrix)	Tier 2	
GRAFIX XC TOPICAL SHEET 7.5 X 15 CM (human regenerative tissue matrix)	Tier 2	
STRAVIX TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 3 X 6 CM (human regenerative tissue matrix)	Tier 2	
TRUSKIN TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 4 X 8 CM (human regenerative tissue matrix)	Tier 2	
Beta Blockers Non-Cardiac Selective - Drugs For The Skin		
CLODAN KIT TOPICAL KIT, SHAMPOO AND CLEANSER 0.05 % (clobetasol propionate/skin cleanser combination no.28)	Tier 2	
HYDROCORTISONE LOTION COMPLETE TOPICAL COMBO PACK 2 % (hydrocortisone/skin cleanser)	Tier 2	
SYNALAR TS TOPICAL KIT 0.01 % (fluocinolone acetonide/skin cleanser comb no.28)	Tier 2	
XILAPAK TOPICAL KIT 0.01 % (fluocinolone acetonide/skin cleanser no.10/silicone, tape)	Tier 2	
Cmv Antiviral Agent - Nucleoside Analogs - Drugs For The Skin		
BIMZELX AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 160 MG/ML (bimekizumab-bkzx)	Tier 3	PA
BIMZELX SUBCUTANEOUS SYRINGE 160 MG/ML (bimekizumab-bkzx)	Tier 3	PA
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 2	PA
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 2	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 2	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML (secukinumab)	Tier 3	PA
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (secukinumab)	Tier 3	PA
SILIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.5 ML (brodalumab)	Tier 3	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 3	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 3	PA
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 3	PA
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 3	PA
Combinaciones De Cuidado De Lesiones Otros - Drugs For The Skin		
<i>balsam peru-castor oil topical ointment</i>	Tier 1	
BPCO TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Tier 1	
DERMACINRX CLORHEXACIN TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX SURGICAL PHARMAPAK TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Tier 2	
DERMAWERX SURGICAL PLUS PAK TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Tier 2	
DERMULCERA TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Tier 2	
FILSUVEZ TOPICAL GEL 10 % (birch bark extract)	Tier 3	PA
LEVICYN ANTIPRURITIC TOPICAL GEL (sod Mg fluo/sodium phos/NaCl/hypochlorous acid/sod hypochlor)	Tier 2	
PS1 ACIURGY PACK TOPICAL KIT 2-4-10-70 % (mupirocin/chlorhexid/povid/norflur/pentafl/alcoh/gauze/silic)	Tier 2	
PS2 ACIURGY PACK TOPICAL KIT 2-4-10-70 % (mupirocin/chlorhexidine/povidone/alcohol/gauze/silicone)	Tier 2	
RAYASORE KIT TOPICAL KIT 1-10 % (silver sulfadiazine/povidone-iodine/alginate dressing)	Tier 2	
VENELEX TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Tier 2	
VENELEX TOPICAL OINTMENT IN PACKET (balsam peru/castor oil)	Tier 2	
WHYTEDERM SURGIPAK TOPICAL KIT 2-4-2 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Tier 2	
Combinaciones De Terapia Para El Acné Tópica Otros - Drugs For The Skin		
DIMOXIA TOPICAL GEL 5-4 % (spironolactone/niacinamide)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cuidado De Lesiones - Combinaciones De Limpiadores - Drugs For The Skin		
ATRAPRO DERMAL SPRAY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003-0.004 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
DELUO TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.018 %-0.004 % -0.06 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
EPICYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (hypochlorous acid/sodium chloride/sodium phosphate)	Tier 2	
HYCLODEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagflu/e.water)	Tier 2	
HYPOCYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
LEVICYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.009 % (hypochlorous acid/sod chlor/sod sulfate/sod phosphate, mono)	Tier 2	
MICROCYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003 %-0.004 % -0.023 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
Cuidado De Lesiones - Limpiadores - Drugs For The Skin		
SIMPLY SALINE WOUND WASH TOPICAL AEROSOL, SPRAY 0.9 % (sodium chloride)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VASHE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 0.033 % (sodium chloride irrigating solution/hypochlorous acid)	Tier 2	
Cuidado De Lesiones - Vendajes - Drugs For The Skin		
ACESO AG TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (silver/silicone/foam bandage)	Tier 2	
ACTICOAT 7 DRESSING TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver)	Tier 2	
ACTICOAT DRESSING TOPICAL BANDAGE 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 48 ", 4 X 8 ", 5 X 5 ", 8 X 16 " (silver)	Tier 2	
ACTICOAT FLEX 3 DRESSING TOPICAL BANDAGE 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 48 ", 4 X 8 ", 8 X 16 " (silver)	Tier 2	
ACTICOAT FLEX 7 DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 24 ", 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 5 ", 6 X 6 ", 8 X 16 " (silver)	Tier 2	
ACTICOAT SURGICAL DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 10 ", 4 X 13 3/4 ", 4 X 4 3/4 ", 4 X 8 " (silver/foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 3 X 3 ", 5 X 5 ", 7 X 7 ", 9 X 9 " (foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN AG ADHESIVE TOPICAL BANDAGE 5 %- 3" X 3", 5 %- 5" X 5", 5 %- 7" X 7" (silver sulfadiazine/foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN AG GENTLE DRESSING TOPICAL BANDAGE 5 %- 2" X 2", 5 %- 4" X 4", 5 %- 6" X 6", 5 %- 8" X 8" (silver sulfadiazine/foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN AG TOPICAL BANDAGE 5 %- 2" X 2", 5 %- 4" X 4", 5 %- 6" X 6", 5 %- 8" X 8" (silver sulfadiazine/foam bandage)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALLEVYN HEEL TOPICAL BANDAGE 4 1/2 X 5 1/2 " (foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN LIFE DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 5 1/16 X 5 1/16 ", 6 1/16 X 6 1/16 ", 8 1/4 X 8 1/4 " (foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 ", 6 X 6 ", 8 X 8 " (foam bandage)	Tier 2	
BIOSTEP AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/silver/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Tier 2	
BIOSTEP TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Tier 2	
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
COLLATYL TOPICAL GEL 1 % (collagen, hydrolysate (bovine)/silver oxide)	Tier 2	
CURAFIL GEL WOUND TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL SPONGE 0.2 %- 2" X 2" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 2	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL STRIP 0.2 %- 1/2" X 3 FEET (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 2	
DYNAFOAM AG TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (silver/foam bandage)	Tier 2	
DYNAGINATE AG TOPICAL BANDAGE 12 ", 2 X 2 ", 4 X 5 ", 4 X 8 " (silver/calcium alginate)	Tier 2	
KERAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
KERAGELT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KERLIX AMD TOPICAL BANDAGE 0.2 %- 4.5" X 4.1 YARD (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 2	
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 2	
L-MESITRAN SOFT TOPICAL GEL 40 % (honey)	Tier 2	
MAXORB EXTRA TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (alginate dressing/carboxymethylcellulose)	Tier 2	
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 3/4 X 12 ", 4 X 5 " (calcium alginate/honey)	Tier 2	
MEDIHONEY (HONEY) TOPICAL GEL 80 % (honey)	Tier 2	
MEDIHONEY (HONEY) TOPICAL PASTE 100 % (honey)	Tier 2	
MEDIHONEY (HYDROCOLLOID-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 5 " (honey/hydrocolloid dressing)	Tier 2	
OMEZA TOPICAL OINTMENT IN PACKET (collagen, hydrolyzed/cod liver oil)	Tier 2	
PIVOT SILVER ALGINATE TOPICAL BANDAGE 1 X 12 ", 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver/calcium alginate)	Tier 2	
PROTYL AG TOPICAL GEL 1 % (collagen, hydrolysate (bovine)/silver oxide)	Tier 2	
PURACOL PLUS AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2.2 " (dressing, collagen/silver)	Tier 2	
REPLICARE DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 1/2 X 2 1/2 ", 4 X 4 ", 6 X 6 ", 8 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 2	
REPLICARE THIN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 3/4 ", 3 1/2 X 5 1/2 ", 6 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 2	
REPLICARE ULTRA DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 6 X 6 ", 7 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RESTORE CALCIUM ALGINATE TOPICAL BANDAGE 4 X 4 3/4 " (silver/calcium alginate)	Tier 2	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 1 X 12 ", 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Tier 2	
SILIGENTLE AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver/silicone/foam bandage)	Tier 2	
SILVASORB TOPICAL GEL,EXTENDED RELEASE (silver)	Tier 1	
SPECTRAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
STRATACTX TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
STRATAGRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
STRATAXRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
THERAHONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Tier 2	
ZENPHOR TOPICAL BANDAGE 2 X 4.7 " (gel dressing)	Tier 2	
ZENPHOR TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
Dermatitis - Janus Kinase (Jak) Inhibitors - Drugs For The Skin		
CIBINQO ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 50 MG (abrocitinib)	Tier 3	PA
OPZELURA TOPICAL CREAM 1.5 % (ruxolitinib phosphate)	Tier 2	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG (upadacitinib)	Tier 3	PA
Dermatitis Agents, Systemic - Interleukin-13 Inhibitors Mab - Drugs For The Skin		
ADBRY SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (tralokinumab-ldrm)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Antineoplastic Or Premalignant Lesions - Antimicrotubule - Drugs For The Skin		
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % (tirbanibulin)	Tier 2	QL (5 EA per 1 FILL)
Dermatological - Immunomodulator Combinations - Drugs For The Skin		
QUIDROXZAR TOPICAL GEL 5-0.1-30 % (imiquimod/tretinoin/salicylic acid)	Tier 2	
QUIHOXAXIA TOPICAL GEL 5-1-2 % (imiquimod/levocetirizine dihydrochloride/niacinamide)	Tier 2	
QUIHOXVAR TOPICAL GEL 5-0.05-1 % (imiquimod/tretinoin/levocetirizine dihydrochloride)	Tier 2	
Dermatological - Mammalian Target Of Rapamycin (Mtor) Inhibitors - Drugs For The Skin		
HYFTOR TOPICAL GEL 0.2 % (sirolimus)	Tier 3	PA
Dermatológico - Adhesivos De Tejido/Lesiones - Selladares De Fibrina - Drugs For The Skin		
ARTISS TOPICAL SYRINGE 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (10ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (2 ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (4 ML) (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Tier 2	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL KIT 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Tier 2	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL SYRINGE 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Agente Individuales De Gas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
<i>ethyl chloride topical aerosol,spray 100 %</i>	Tier 1	
Dermatológico - Agente Individuales Querotolíticos-Antimióticos - Drugs For The Skin		
<i>cantharidin in acetone topical solution 0.7 %</i>	Tier 1	
CEM-UREA TOPICAL GEL 45 % (urea)	Tier 1	
HYDRO 35 TOPICAL FOAM 35 % (urea)	Tier 2	
KERALYT SCALP COMPLETE TOPICAL KIT,SHAMPOO AND GEL 6-6 % (salicylic acid)	Tier 2	
PODOCON TOPICAL LIQUID 25 % (podophyllum resin)	Tier 1	
<i>podofilox topical gel 0.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Podofilox 0.5% solution in 120 days; QL (0.5 GM per 1 day)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	Tier 1	QL (0.5 ML per 1 day)
RAYASAL TOPICAL CREAM 5.9 % (salicylic acid)	Tier 2	
RYNODERM TOPICAL CREAM 37.5 % (urea)	Tier 2	
SALICATE TOPICAL LIQUID 10 % (salicylic acid)	Tier 2	
<i>salicylic acid topical cream 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical cream,extended release 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical film forming liquid w/appl 27.5 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical film-forming soln er w/ appl 28.5 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical foam 6 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>salicylic acid topical gel 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical liquid 26 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical lotion 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical lotion,extended release 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical ointment 3 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical shampoo 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid-ceramides no.1 topical kit,cleanser and cream er 6 %</i>	Tier 1	
SALIMEZ FORTE TOPICAL CREAM 10 % (salicylic acid)	Tier 2	
SALVAX TOPICAL FOAM 6 % (salicylic acid)	Tier 1	
SALYNTRA TOPICAL GEL 6 % (salicylic acid)	Tier 1	
TRI-CHLOR TOPICAL SOLUTION 80 % (trichloroacetic acid)	Tier 2	
<i>trichloroacetic acid topical recon soln 100 %, 20 %, 25 %, 30 %, 35 %, 40 %, 50 %, 75 %, 80 %, 90 %</i>	Tier 2	
ULTRASAL-ER TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28.5 % (salicylic acid)	Tier 2	
URAMAXIN TOPICAL FOAM 20 % (urea)	Tier 2	
URAMAXIN TOPICAL LOTION 45 % (urea)	Tier 2	
UREA NAIL STICK TOPICAL SOLUTION 50 % (urea)	Tier 1	
<i>urea topical cream 39 %, 40 %, 41 %, 45 %, 47 %, 50 %</i>	Tier 1	
<i>urea topical cream 39.5 %</i>	Tier 1	
<i>urea topical foam 35 %</i>	Tier 1	
<i>urea topical gel 45 %</i>	Tier 1	
<i>urea topical lotion 40 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XALIX TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28 % (salicylic acid)	Tier 2	
YCANTH TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.7 % (cantharidin)	Tier 2	PA
Dermatológico - Agentes Antibacterianos Y Antiinfecciosos - Drugs For The Skin		
QUINJA TOPICAL GEL 1.25-1 % (iodoquinol/aloe polysaccharides no.1)	Tier 2	
Dermatológico - Agentes Antipsoriásicos Sistémicos, Derivados De Vitamina A - Drugs For The Skin		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 22.5 mg, 25 mg</i>	Tier 3	
Dermatológico - Agentes Antipsoriásicos Sistémicos, Fotosensibilizantes - Drugs For The Skin		
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	Tier 1	
Dermatológico - Agentes De Despigmantación - Drugs For The Skin		
<i>hydroquinone topical cream 4 %</i>	Tier 1	
KAXM TOPICAL EMULSION 4 % (hydroquinone)	Tier 2	
KEXM TOPICAL EMULSION 6 % (hydroquinone)	Tier 2	
KUTEA TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Tier 2	
KUXM TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Tier 2	
OBAGI ELASTIDERM TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Tier 1	
OBAGI NU-DERM BLENDER TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OBAGI NU-DERM CLEAR TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Tier 1	
Dermatológico - Agentes De Tratamiento De Hiperhidrosis De Anticolinérgicos - Drugs For The Skin		
QBREXZA TOPICAL TOWELETTE 2.4 % (glycopyrronium tosylate)	Tier 2	PA
Dermatológico - Agentes Individuales De Nsaid - Drugs For The Skin		
CLOFENAX TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Tier 2	
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	Tier 1	PA
DICLOFONO TOPICAL GEL IN PACKET 1.6 % (diclofenac sodium)	Tier 2	
FROTEK TOPICAL CREAM IN PACKET 10 % (ketoprofen)	Tier 2	
FROTEK TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (ketoprofen, micronized)	Tier 2	
LEFLUNICLO KIT,GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Tier 2	
LICART TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1.3 % (diclofenac epolamine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Diclofenac Epolamine patch in 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PENNSAID TOPICAL SOLUTION IN PACKET 2 % (diclofenac sodium)	Tier 2	PA
PROFINAC TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Tier 2	
VENNGEL ONE TOPICAL KIT 1 % (diclofenac sodium)	Tier 1	
XRYLIX (DICLOFENAC-KINES TAPE) TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Tier 2	
Dermatológico - Agentes Tópicos Antipsoriásicos - Drugs For The Skin		
BRYHALI TOPICAL LOTION 0.01 % (halobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) in 120 days; QL (400 GM per 1 FILL)
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcipotriene topical foam 0.005 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>calcitriol topical ointment 3 mcg/gram</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
DIOOXIA TOPICAL CREAM 0.005-4 % (calcipotriene/niacinamide)	Tier 2	
DRITHOCREME HP TOPICAL CREAM 1 % (anthralin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>halobetasol propionate topical foam 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol Propionate, Clobetasol Propionate/emollient, or Halobetasol Propionate in 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IMPOYZ TOPICAL CREAM 0.025 % (clobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days; QL (200 GM per 30 days)
LEXETTE TOPICAL FOAM 0.05 % (halobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol Propionate, Clobetasol Propionate/emollient, or Halobetasol Propionate in 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
SORILUX TOPICAL FOAM 0.005 % (calcipotriene)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Tier 1	Age (Max 39 Years)
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % (tazarotene)	Tier 2	Age (Max 39 Years)
TRIONEX TOPICAL KIT 0.005 % (calcipotriene/transparent dressing)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRAVATE TOPICAL LOTION 0.05 % (halobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, or Halobetasol 0.05% (cream, ointment) in 120 days; QL (120 ML per 30 days)
VTAMA TOPICAL CREAM 1 % (tapinarof)	Tier 2	PA
ZITHRANOL TOPICAL SHAMPOO 1 % (anthralin micronized)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.3 % (roflumilast)	Tier 2	PA
Dermatológico - Agentes Tópicos De Terapia Fotodinámica - Drugs For The Skin		
AMELUZ TOPICAL GEL 10 % (aminolevulinic acid HCl)	Tier 2	
LEVULAN TOPICAL SOLUTION 20 % (aminolevulinic acid HCl)	Tier 2	
Dermatológico - Agonista De Receptor De Retinoide Selectiva De Antineoplásicos - Drugs For The Skin		
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Amidas Tópicas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ANASTIA TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
ASTERO TOPICAL GEL WITH PUMP 4 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
lidocaine (Dermacinrx Lidocan Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
DERMACINRX LIDOGEL TOPICAL GEL 2.8 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
DERMACINRX LIDOREX TOPICAL GEL 2.8 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
DERMALID TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/elastic bandage)	Tier 1	
lidocaine HCl (Glydo Mucous Membrane Jelly In Applicator 2 %)	Tier 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.05-0.5 % (lidocaine HCl/racepinephrine HCl/tetracaine HCl)	Tier 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL SOLUTION 4-0.05-0.5 % (lidocaine HCl/racepinephrine HCl/tetracaine HCl)	Tier 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.09-0.5 % (lidocaine HCl/epinephrine bitartrate/tetracaine HCl)	Tier 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.18-0.5 % (lidocaine HCl/epinephrine bitartrate/tetracaine HCl)	Tier 2	
LDO PLUS TOPICAL GEL WITH PUMP 4 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl topical cream 3 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl topical lotion 3 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Tier 1	QL (240 GM per 30 days)
<i>lidocaine-racepinep-tetracaine topical solution 4-0.05-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine-tetracaine topical cream 7-7 %</i>	Tier 1	
lidocaine (Lidocan Iii Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
lidocaine (Lidocan Iv Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
lidocaine (Lidocan V Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
LIDOPIN TOPICAL CREAM 3.25 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
LIDOPURE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/kinesiology tape)	Tier 1	
LIDORX TOPICAL GEL WITH PUMP 3 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
LIDOSOL-50 TOPICAL KIT 5 %- 6 CM X 7 CM (lidocaine/transparent dressing)	Tier 2	
LIDTOPIC MAX TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (lidocaine)	Tier 2	
MOXICAINE TOPICAL KIT 5 % (lidocaine)	Tier 1	
NUMBONEX TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
NYNUTEY TOPICAL CREAM 23-7 % (lidocaine/tetracaine)	Tier 2	
PROXIVOL TOPICAL GEL 2 % (lidocaine HCl/collagen)	Tier 2	
REGENECARE TOPICAL GEL 2 % (lidocaine HCl/collagen)	Tier 2	
REGENECARE WITH ALOE TOPICAL GEL 2 % (vitamin E/lidocaine/aloe vera/collagen)	Tier 2	
TRANZAREL TOPICAL GEL 4 % (lidocaine)	Tier 2	
XYLIDERM TOPICAL KIT 5 % (lidocaine/kinesiology tape)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZILACAINE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/silicone, adhesive)	Tier 2	
ZILOVAL TOPICAL KIT 5 % (lidocaine)	Tier 1	
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 % (lidocaine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lidocaine 5% patch in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
Dermatológico - Aminoglucósidos Antibacterianos - Drugs For The Skin		
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	QL (90 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Antibacterial, Agente Antifúngico Con Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
ALCORTIN A TOPICAL GEL IN PACKET 2-1-1 % (hydrocortisone acetate/iodoquinol/aloe polysaccharides no.2)	Tier 2	
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe2 topical gel 2-1-1 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe topical cream in packet 1.9-1 %</i>	Tier 1	
PHEODOYO TOPICAL CREAM 2-1-2.5 % (ketoconazole/iodoquinol/hydrocortisone)	Tier 2	
Dermatológico - Antibacteriales Otros - Drugs For The Skin		
AZADROX TOPICAL GEL IN PACKET (silver/urea)	Tier 2	
BASADROX TOPICAL GEL IN PACKET (silver)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CENTANY AT TOPICAL OINTMENT KIT 2 % (mupirocin)	Tier 2	
<i>mupirocin calcium topical cream 2 %</i>	Tier 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	Tier 1	QL (90 GM per 1 FILL)
NANRAN TOPICAL OINTMENT 2-2 % (mupirocin/lidocaine)	Tier 2	
NORMLGEL AG TOPICAL GEL 0.11 % (silver carbonate)	Tier 2	
<i>silver nitrate topical solution 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>silver nitrate topical solution 10 %, 25 %, 50 %</i>	Tier 1	
SILVRSTAT TOPICAL GEL 32 PPM (silver)	Tier 2	
SOLOX GEL TOPICAL GEL 55 PPM (silver nitrate)	Tier 2	
Dermatológico - Antifúngicos Otros - Drugs For The Skin		
<i>triacetin liquid 100 %</i>	Tier 2	
Dermatológico - Antineoplásicos O Lesiones Premalignas - Nsaid'S - Drugs For The Skin		
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	Tier 1	QL (100 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Antiseborreico - Drugs For The Skin		
LOUTREX TOPICAL CREAM (emollient combination no.85)	Tier 1	
OVACE PLUS SHAMPOO TOPICAL SHAMPOO 10 % (sulfacetamide sodium)	Tier 2	
OVACE PLUS TOPICAL CREAM 10 % (sulfacetamide sodium)	Tier 2	
OVACE PLUS TOPICAL LOTION 9.8 % (sulfacetamide sodium)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Ciclopirox or Ketoconazole in 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PLEXION NS TOPICAL SHAMPOO 9.8 % (sulfacetamide sodium)	Tier 2	
PROMISEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.43)	Tier 2	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>selenium sulfide topical shampoo 2.25 %, 2.3 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser 10 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser, gel 10 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium topical shampoo 10 %, 9.8 %</i>	Tier 1	
TERSI FOAM TOPICAL FOAM 2.25 % (selenium sulfide)	Tier 2	
ZORYVE TOPICAL FOAM 0.3 % (roflumilast)	Tier 2	PA
Dermatológico - Antitranspirantes - Drugs For The Skin		
DRYSOL DAB-O-MATIC TOPICAL SOLUTION 20 % (aluminum chloride)	Tier 2	
DRYSOL TOPICAL SOLUTION 20 % (aluminum chloride)	Tier 2	
Dermatológico - Combinación De Nsaid Y Anestesia Local - Drugs For The Skin		
DICLOVIX TOPICAL KIT, PATCH, SOLUTION DROPS 1.5-2.5-4-2 % (diclofenac sodium/lidocaine/methyl salicylate/camphor)	Tier 2	
Dermatológico - Combinaciones Antifúngicas Otros - Drugs For The Skin		
DIFMETIOXRIME TOPICAL SOLUTION 4-2-1-4 % (fluconazole/ibuprofen/itraconazole/terbinafine HCl)	Tier 2	
EXODERM TOPICAL LOTION 25-1 % (sodium thiosulfate/salicylic acid)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEXIOUNYL TOPICAL LOTION 3-5-20 % (ciclopirox olamine/itraconazole/urea)	Tier 2	
IMIOXIA TOPICAL CREAM 1-4 % (econazole nitrate/niacinamide)	Tier 2	
PHEDRAX TOPICAL SHAMPOO 2-2 % (ketoconazole/salicylic acid)	Tier 2	
PHEOXIA TOPICAL CREAM 2-4 % (ketoconazole/niacinamide)	Tier 2	
Dermatológico - Combinaciones Antifúngico-Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	Tier 1	
DERMACINRX THERAZOLE PAK TOPICAL COMBO PACK 1-0.05-20 % (clotrimazole/betamethasone dipropionate/zinc oxide)	Tier 2	
DERMAZENE TOPICAL CREAM IN PACKET 1-1 % (hydrocortisone/iodoquinol)	Tier 2	
HAXCHLO TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate)	Tier 2	
HAXCHLODREX TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05-3 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate/salicylic acid)	Tier 2	
<i>hydrocortisone-iodoquinol topical cream 1-1 %</i>	Tier 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	Tier 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
PHEYO TOPICAL CREAM 2-2.5 % (ketoconazole/hydrocortisone)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Combinaciones De Antibacteriales-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
NEO-SYNALAR KIT TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (neomycin sulfate/fluocinolone acetonide/emollient comb no.65)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Fluocinolone Acetonide cream, oil, ointment or solution in 120 days
NEO-SYNALAR TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (neomycin sulfate/fluocinolone acetonide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Fluocinolone Acetonide cream, oil, ointment or solution in 120 days
Dermatológico - Combinaciones De Antivirales-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
XERESE TOPICAL CREAM 5-1 % (acyclovir/hydrocortisone)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: oral Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir HCL in 120 days; QL (10 GM per 365 days)
Dermatológico - Combinaciones De Despigmentación - Drugs For The Skin		
KATARAXAP TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Tier 2	
KATARVIA TOPICAL EMULSION 4-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KATARYA TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
KATARYAXN TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
KEIDO TOPICAL EMULSION 6-1 % (hydroquinone/hyaluronate sodium)	Tier 2	
KETARYA TOPICAL EMULSION 6-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
KEVARAXAP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Tier 2	
KEVARTIA TOPICAL EMULSION 6-0.05 % (hydroquinone/tretinoin)	Tier 2	
KEVARYA TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
KEYA TOPICAL EMULSION 6-0.5 % (hydroquinone/hydrocortisone)	Tier 2	
KOTARAXAP TOPICAL EMULSION 5-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Tier 2	
KUTAR TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Tier 2	
KUTARVIA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Tier 2	
KUTARYAXM TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
KUTARYAXMPA TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
KUVARYA TOPICAL EMULSION 8-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KUVARYE TOPICAL EMULSION 8-0.05-1 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
OBAGI NU-DERM SUNFADER TOPICAL CREAM 4 %-SPF 15 (hydroquinone/sunscreens (oxybenzone/octinoxate))	Tier 2	
OBAGI-C CLARIFYING SERUM TOPICAL LIQUID 4-10 % (hydroquinone/ascorbic acid)	Tier 2	
OBAGI-C THERAPY NIGHT TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone/ascorbic acid/vit E acetate (d-alpha tocoph))	Tier 2	
PROOXIA TOPICAL CREAM 10-4 % (lactic acid/niacinamide)	Tier 2	
TRI-LUMA TOPICAL CREAM 0.01-4-0.05 % (fluocinolone acetonide/tretinoin/hydroquinone)	Tier 2	
YAXATARXYN TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
YOKATAR TOPICAL EMULSION 4-0.025-2.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
Dermatólogo - Combinaciones De Gas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ACCUCAINE KIT KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
CRYODOSE TA MEDIUM STREAM SPR TOPICAL AEROSOL, SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
CRYODOSE TA MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL, SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
PAIN EASE MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
SPRAY AND STRETCH TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
Dermatológico - Combinaciones De Glucocorticoide Otros - Drugs For The Skin		
ACIOXIA TOPICAL GEL 0.1-0.5 % (triamcinolone acetonide/pentoxifylline)	Tier 2	
CHLOHUX TOPICAL SHAMPOO 0.05-2 % (clobetasol propionate/levocetirizine dihydrochloride)	Tier 2	
CHLOOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Tier 2	
CHLOOXIA TOPICAL OINTMENT 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Tier 2	
CHLOOXIA TOPICAL SOLUTION 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Tier 2	
DIOCHLOY TOPICAL SOLUTION 0.05-0.005 % (clobetasol propionate/calcipotriene)	Tier 2	
FLUOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (desoximetasone/niacinamide)	Tier 2	
TETOXIA TOPICAL CREAM 0.01-4 % (fluocinolone acetonide/niacinamide)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Combinaciones De Protectores - Drugs For The Skin		
JUVAZIN TOPICAL GEL (dimethicone/dimethicone crosspolymer/trimethylsiloxysilicate)	Tier 2	
PR CREAM TOPICAL CREAM (protectives combination no.2/ceramides 1,3,6-II)	Tier 1	
PROSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Tier 2	
RADIAPLEXRX TOPICAL GEL (hyaluronate sodium/allantoin/aloe vera extract)	Tier 2	
RECEDO TOPICAL GEL (polydimethylsiloxanes/silicon dioxide)	Tier 2	
SCARSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Tier 2	
WOUNDGELHA MATRIX TOPICAL GEL 2.5 % (hyaluronate sodium/hydroxyethylcellulose/polyethylene glycol)	Tier 2	
Dermatológico - Combinaciones Emolientes Otros - Drugs For The Skin		
ADVANCED SKIN CARE TOPICAL LOTION (glycerin/mineral oil/dimethicone/petrolatum,white)	Tier 1	
HPR PLUS HYDROGEL TOPICAL KIT, CREAM AND GEL (emol53/sod mag fluorosilicat/cyclomethicone/phos acid/bicarb)	Tier 1	
HPR PLUS-MB HYDROGEL TOPICAL COMBO PACK, GEL AND FOAM 96.53-3-0.4 -0.066 % (emol53/e.water/NaMgFS/NaPhos/NaCl/hypochlorous acid/NaHypoCl)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MB HYDROGEL (CYCLOMETHICONE) TOPICAL KIT, CREAM AND GEL (emol53/sod mag fluorosilicat/cyclomethicone/phos acid/bicarb)	Tier 1	
MB HYDROGEL TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 96.53-3-0.4 -0.066 % (emol53/e.water/NaMgFS/NaPhos/NaCl/hypochlorous acid/Na hypoCl)	Tier 1	
Dermatológico - Combinaciones Glucocorticoide-Emolientes - Drugs For The Skin		
BESER KIT TOPICAL KIT, LOTION AND CREAM, EMOLLIENT 0.05 % (fluticasone propionate/emollient combination no.65)	Tier 2	
ELLZIA PAK TOPICAL KIT, OINTMENT AND CREAM 0.1-5 % (triamcinolone acetonide/dimethicone)	Tier 1	
FLUOPAR TOPICAL KIT 0.1-5 % (fluocinonide/dimethicone)	Tier 2	
MOMETACURE TOPICAL KIT 0.1-5 % (mometasone furoate/dimethicone)	Tier 2	
NOXIPAK TOPICAL KIT 0.01-20 % (fluocinolone acetonide/urea/silicone, adhesive)	Tier 2	
NUCORT TOPICAL LOTION 2 % (hydrocortisone acetate/aloe vera)	Tier 2	
QUINIXIL TOPICAL CREAM 0.1-5 % (mometasone furoate/dimethicone)	Tier 2	
SANADERMRX TOPICAL KIT 0.1-5 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Tier 1	QL (1 EA per 30 days)
SYNALAR CREAM KIT TOPICAL CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)	Tier 2	QL (375 GM per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYNALAR OINTMENT KIT TOPICAL COMBO PACK, OINTMENT AND CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)	Tier 2	QL (375 GM per 30 days)
TOVET KIT TOPICAL COMBO PACK 0.05 % (clobetasol propionate/emollient combination no.65)	Tier 2	
WHYTEDERM TDPAK TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Tier 2	
WHYTEDERM TRILASIL PAK TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Tier 2	
Dermatológico - Combinaciones Querotólicas Otros - Drugs For The Skin		
METDRAY TOPICAL GEL 17-2 % (salicylic acid/ibuprofen)	Tier 2	
NENDRUX TOPICAL GEL 40-5 % (salicylic acid/lidocaine)	Tier 2	
PRONAL TOPICAL GEL 10-40 % (lactic acid/urea)	Tier 2	
URAMAXIN GT TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 45 % (urea/emollient combination no.65)	Tier 2	
Dermatológico - Complejo De Derivados De Hígado - Drugs For The Skin		
NEXAVIR INJECTION SOLUTION 25.5 MG/ML (liver extract (beef-pork))	Tier 2	
Dermatológico - Emolientes - Drugs For The Skin		
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	Tier 1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	Tier 1	
<i>glycerin topical liquid</i>	Tier 1	
<i>glycerin topical solution 99.5 %</i>	Tier 1	
KERASTAT TOPICAL CREAM (keratin)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KERASTAT TOPICAL GEL 5 % (keratin)	Tier 2	
LANOLIN (HPA) TOPICAL CREAM 100 % (modified lanolin)	Tier 2	
PURELAN TOPICAL CREAM (lanolin)	Tier 2	
RADIAGEL TOPICAL GEL (emollient base)	Tier 2	
<i>urea topical cream 10 %, 20 %</i>	Tier 1	
<i>urea topical lotion 10 %</i>	Tier 1	
Dermatológico - Enzimas - Drugs For The Skin		
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM (collagenase Clostridium histolyticum)	Tier 2	PA
Dermatológico - Ésteres Tópicos De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ANACAINE TOPICAL OINTMENT 10 % (benzocaine)	Tier 2	
Dermatológico - Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT TOPICAL KIT 2.5 % (hydrocortisone)	Tier 1	
hydrocortisone (Ala-Cort Topical Cream 1 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Ala-Scalp Topical Lotion 2 %)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic Hydrocortisone 2.5% lotion in 120 days
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>amcinonide topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone 0.1% ointment, Fluticasone 0.005% ointment, Mometasone 0.1% ointment, or Triamcinolone 0.5% ointment or cream in 120 days
<i>amcinonide topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	
diflorasone diacetate/emollient base (Apexicon E Topical Cream 0.05 %)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
BRYHALI TOPICAL LOTION 0.01 % (halobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) in 120 days; QL (400 GM per 1 FILL)
CAPEX TOPICAL SHAMPOO 0.01 % (fluocinolone acetonide)	Tier 2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical spray, non-aerosol 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clocortolone pivalate topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment in 120 days
CORDRAN TAPE LARGE ROLL TOPICAL TAPE 4 MCG/CM2 (flurandrenolide)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, or Halobetasol 0.05% (cream, ointment) in 120 days; QL (2 EA per 30 days)
CORDRAN TOPICAL CREAM 0.025 % (flurandrenolide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>desonide topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) in 120 days
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i>	Tier 1	
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	Tier 1	
<i>desoximetasone topical spray, non-aerosol 0.25 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) in 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diflorasone topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) in 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinolone topical oil 0.01 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %, 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	Tier 1	
fluocinonide/emollient base (Fluocinonide-E Topical Cream 0.05 %)	Tier 1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
FLUOVIX PLUS TOPICAL KIT 0.1 % (fluocinonide/silicone, adhesive)	Tier 2	
FLUOVIX TOPICAL KIT 0.1 % (fluocinonide/silicone, adhesive)	Tier 2	
<i>flurandrenolide topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) in 120 days
<i>flurandrenolide topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>flurandrenolide topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment in 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>fluticasone propionate topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>halcinonide topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>halobetasol propionate topical foam 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol Propionate, Clobetasol Propionate/emollient, or Halobetasol Propionate in 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
HALOG TOPICAL OINTMENT 0.1 % (halcinonide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HALOG TOPICAL SOLUTION 0.1 % (halcinonide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) in 120 days; QL (236 ML per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) in 120 days
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment in 120 days
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Tier 1	
HYDROXYM TOPICAL GEL 2 % (hydrocortisone)	Tier 2	
IMPOYZ TOPICAL CREAM 0.025 % (clobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days; QL (200 GM per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LEXETTE TOPICAL FOAM 0.05 % (halobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol Propionate, Clobetasol Propionate/emollient, or Halobetasol Propionate in 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	Tier 1	
PANDEL TOPICAL CREAM 0.1 % (hydrocortisone probutate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) in 120 days; QL (160 GM per 30 days)
<i>prednicarbate topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SCALACORT DK TOPICAL COMBO PACK 2-2-2 % (hydrocortisone/salicylic acid/sulfur/shampoo no. 1)	Tier 2	
SERNIVO TOPICAL SPRAY WITH PUMP 0.05 % (betamethasone dipropionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment in 120 days
TEXACORT TOPICAL SOLUTION 2.5 % (hydrocortisone)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Hydrocortisone 2.5% lotion in 120 days
<i>triamcinolone acetonide topical aerosol 0.147 mg/gram</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i>	Tier 1	QL (454 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	QL (430 GM per 30 days)
triamcinolone acetonide (Trianex Topical Ointment 0.05 %)	Tier 1	QL (430 GM per 30 days)
TRIASIL TOPICAL KIT 0.1 %- 4" X 4" (triamcinolone acetonide/gauze bandage/silicone, adhesive)	Tier 2	
triamcinolone acetonide (Triderm Topical Cream 0.1 %)	Tier 1	
triamcinolone acetonide (Triderm Topical Cream 0.5 %)	Tier 1	QL (454 GM per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRAVATE TOPICAL LOTION 0.05 % (halobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, or Halobetasol 0.05% (cream, ointment) in 120 days; QL (120 ML per 30 days)
VERDESO TOPICAL FOAM 0.05 % (desonide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Fluocinolone Acetonide 0.01% body oil in 120 days
Dermatológico - Inhibidores De Calcineurina - Drugs For The Skin		
NUJU TOPICAL SOLUTION 0.1 % (tacrolimus)	Tier 2	
NUJU TOPICAL CREAM 0.1 % (tacrolimus in vehicle base no.238)	Tier 2	
OXIANUJO (WITH HYALURONATE) TOPICAL CREAM 0.1-1-4 % (tacrolimus/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 2	
OXIANUJO TOPICAL OINTMENT 0.1-4 % (tacrolimus/niacinamide)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% ointment) in 120 days
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% ointment) in 120 days
Dermatológico - Inmunomodulador - Catiquinas - Verruga Genital/Hpv Tx - Drugs For The Skin		
VEREGEN TOPICAL OINTMENT 15 % (sinecatechins)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Imiquimod and Podofilox in 365 days; QL (30 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Inmunomodulador - Interferones - Drugs For The Skin		
ALFERON N INJECTION SOLUTION 5 MILLION UNIT/ML (interferon alfa-n3)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Macrólidos De Poliénico Anfotérico Antifúngico - Drugs For The Skin		
nystatin (Klayesta Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Tier 1	
nystatin (Nyamyc Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Tier 1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	Tier 1	
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	Tier 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	Tier 1	
nystatin (Nystop Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Tier 1	
Dermatológico - Mezclas De Emolientes - Drugs For The Skin		
ATRAPRO CP TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL (emollient combination no.47/emollient combination no.60)	Tier 2	
ATRAPRO HYDROGEL TOPICAL GEL (emollient combination no.60)	Tier 2	
AVO CREAM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.10)	Tier 1	
CELACYN TOPICAL GEL WITH PUMP (emollient combination no.60)	Tier 2	
CERACADE TOPICAL EMULSION (emollient combination no.103)	Tier 2	
CERAMAX TOPICAL CREAM (emollient combination no.101)	Tier 2	
CERAMAX TOPICAL LOTION (emollient combination no.101)	Tier 2	
DERMASO PLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.122)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXERYL TOPICAL CREAM (emollient combination no.104)	Tier 2	
DRY SKIN THERAPY(WITH LANOLIN) TOPICAL LOTION (lanolin/mineral oil)	Tier 1	
DRY SKIN THERAPY(W-PETROLATUM) TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Tier 1	
EMULSION SB TOPICAL EMULSION (emollient combination no.32)	Tier 1	
ENTTY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (palm oil/hyaluronate sodium)	Tier 2	
EPICERAM TOPICAL EMULSION, EXTENDED RELEASE (emollient combination no.32)	Tier 2	PA
EUCERIN ADVANCED REPAIR TOPICAL CREAM (emollient combination no.119)	Tier 2	
EUCERIN INTENSIVE REPAIR TOPICAL LOTION (emollient combination no.110)	Tier 2	
GOLD BOND THERAPEUTIC FOOT TOPICAL CREAM (emollient combination no.120)	Tier 2	
HALUCORT TOPICAL GEL (emollient combination no.56/hyaluronic acid)	Tier 2	
HAPRODERM TOPICAL GEL (emollient combination no.56/hyaluronic acid)	Tier 2	
HPR PLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.53)	Tier 2	
HPR PLUS TOPICAL FOAM (emollient combination no.53)	Tier 2	
HPR TOPICAL FOAM (emollient combination no.44)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYGIENIC CLEANSING LOTION TOPICAL LOTION (mineral oil/lanolin oil/propylene glycol)	Tier 2	
HYLATOPICPLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.53)	Tier 2	
INTENSE DRY SKIN THERAPY TOPICAL LOTION (emollient combination no.110)	Tier 1	
LEVICYN ANTIPRURITIC SG TOPICAL SPRAY GEL (emollient combination no.60)	Tier 2	
LOUTREX TOPICAL CREAM (emollient combination no.85)	Tier 1	
LOYON TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (dicaprylyl carbonate/dimethicone)	Tier 2	
LUXAMEND TOPICAL CREAM (emollient combination no.10)	Tier 2	
MINERIN CREME TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum, white/ceresin)	Tier 1	
MOISTURIZING CREAM TOPICAL CREAM (glycerin/dimethicone/petrolatum, white/water)	Tier 1	
MOITURIZING LOTION TOPICAL LOTION (vit E acetate (d-alpha tocoph)/glycerin/dimethicone/water)	Tier 1	
NEOSALUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.47)	Tier 2	
NEOSALUS TOPICAL FOAM (emollient combination no.38)	Tier 2	
NEOSALUS TOPICAL LOTION (emollient combination no.47)	Tier 2	
NUTRASEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.107)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ORGANIC NIPPLE BALM TOPICAL OINTMENT (sunflower/olive/beeswax/coconut/sheabutter/marigold/argan)	Tier 1	
PRESERA TOPICAL FOAM (emollient combination no.80)	Tier 2	
PROMISEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.43)	Tier 2	
PRUCLAIR TOPICAL CREAM (vitamin E acet (dl,tocopheryl)/grape/hyaluronic acid)	Tier 1	
PRUMYX TOPICAL CREAM (emollient combination no.35)	Tier 1	
SEBUDERM TOPICAL GEL (emollient combination no.60)	Tier 2	
SONAFINE TOPICAL EMULSION (emollient combination no.10)	Tier 1	
THERAPEUTIC MOISTURIZING CREAM TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Tier 1	
ULTRA MOISTURE TOPICAL LOTION (emollient combination no.40)	Tier 1	
<i>vitamin e-safflower oil topical oil</i>	Tier 1	
<i>vitamin e-vitamins a and d topical cream</i>	Tier 1	
XCLAIR TOPICAL CREAM (hyaluronate sodium/vit E/emollient no.12/allantoin/sheatree)	Tier 2	
Dermatológico - Oxaborole Antifúngica - Drugs For The Skin		
<i>tavaborole topical solution with applicator 5 %</i>	Tier 1	PA
Dermatológico - Productos De Quemaduras - Drugs For The Skin		
NEXOBRID POWDER COMPONENT TOPICAL POWDER (anacaulase-bcdb)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEXOBRID TOPICAL GEL 8.8 % (anacaulase-bcdb)	Tier 2	
Dermatológico - Productos De Quemaduras Antiinfecciosos - Drugs For The Skin		
<i>mafenide acetate topical packet 50 gram</i>	Tier 1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	Tier 1	
SSD TOPICAL CREAM 1 % (silver sulfadiazine)	Tier 1	
SULFAMYLON TOPICAL CREAM 85 MG/G (mafenide acetate)	Tier 2	
SULFAMYLON TOPICAL PACKET 50 GRAM (mafenide acetate)	Tier 2	
Dermatológico - Productos Querotoplásticos De Alquitrán - Drugs For The Skin		
<i>coal tar topical solution 20 %</i>	Tier 2	
Dermatológico - Protectores - Drugs For The Skin		
<i>benzoin (bulk) topical tincture</i>	Tier 2	
DERMELLE TOPICAL GEL (dimethicone)	Tier 2	
DERPIXA TOPICAL GEL (dimethicone)	Tier 2	
HYALO4 CARE CLEAR TOPICAL GEL 0.2 % (hyaluronate sodium)	Tier 2	
HYALO4 CARE TOPICAL GEL 0.2 % (hyaluronate sodium)	Tier 2	
PHARMABASE BARRIER TOPICAL OINTMENT 9.38 % (zinc oxide)	Tier 1	
SCARCARE TOPICAL KIT 2 X 5.5 " (gel-matrix pad,silicone-dimethicone-dime-decameoct-oct-vit E)	Tier 2	
STRATAMARK TOPICAL GEL (dimethicone)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STRATATRIZ TOPICAL GEL (dimethicone)	Tier 2	
VASELINE WHITE PETROLEUM TOPICAL OINTMENT IN PACKET (petrolatum,white)	Tier 1	
zinc oxide topical ointment 20 %	Tier 1	
zinc oxide topical paste 25 %	Tier 1	
Dermatológico - Protectores Solares - Drugs For The Skin		
CERAVE AM TOPICAL LOTION 30 SPF (homosalate/meradimate/octinoxate/octocrylene/zinc oxide)	Tier 2	
Dermatológico - Quinolonas Antibacteriales - Drugs For The Skin		
XEPI TOPICAL CREAM 1 % (ozenoxacin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Mupirocin ointment in 120 days
Dermatológico - Repelentes De Insectos - Drugs For The Skin		
BULLFROG MOSQUITO COAST TOPICAL AEROSOL,SPRAY 20 %- SPF 30 (aminoprop ethy/oxybenzone/octinoxate/octocrylene/octyl salic)	Tier 2	
CUTTER ALL FAMILY TOPICAL AEROSOL,SPRAY 7 % (diethyltoluamide)	Tier 2	
CUTTER ALL FAMILY TOPICAL TOWELETTE 7.15 % (diethyltoluamide)	Tier 2	
CUTTER BACKWOODS DRY TOPICAL AEROSOL,SPRAY 25 % (diethyltoluamide)	Tier 1	
CUTTER SKINSATIONS TOPICAL AEROSOL,SPRAY 7 % (diethyltoluamide)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CUTTER SKINSATIONS TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 7 % (diethyltoluamide)	Tier 1	
OFF ACTIVE TOPICAL AEROSOL, SPRAY 15 % (diethyltoluamide)	Tier 1	
OFF DEEP WOODS TOPICAL TOWELETTE 25 % (diethyltoluamide)	Tier 2	
RANGER READY REPELLENT TOPICAL SPRAY WITH PUMP 20 % (icaridin)	Tier 1	
REPEL SPORTSMEN TOPICAL AEROSOL, SPRAY 29 % (diethyltoluamide)	Tier 2	
REPEL TOPICAL TOWELETTE 30 % (diethyltoluamide)	Tier 2	
SAWYER CONTROLLED RELEASE TOPICAL LOTION, EXTENDED RELEASE 20 % (diethyltoluamide)	Tier 2	
Dermatológico - Retinoides (Vitamina A Y Derivados) - Tópico Cosmético - Drugs For The Skin		
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
Dermatológico - Terapia Rosácea, Tópica - Drugs For The Skin		
AVEIDA TOPICAL GEL 1-1 % (ivermectin/metronidazole)	Tier 2	
AVEIDAOXIA TOPICAL GEL 1-1-4 % (ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Tier 2	
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate, Erythromycin Base In Ethanol, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur/Urea, Sulfacetamide Sodium, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin in 120 days
<i>brimonidine topical gel with pump 0.33 %</i>	Tier 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (sulfacetamide sodium/sulfur/urea)	Tier 1	
DAZAVEIDAOXIA TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % (brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Tier 2	
DAZOMON TOPICAL GEL 0.25 % (brimonidine tartrate)	Tier 2	
EPSOLAY TOPICAL CREAM 5 % (benzoyl peroxide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic topical Metronidazole in 120 days; QL (30 GM per 30 days); Age (Min 18 Years)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Tier 2	
IDARAN TOPICAL OINTMENT 1-2 % (metronidazole/mupirocin)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	Tier 1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	Tier 1	
<i>metronidazole topical gel with pump 1 %</i>	Tier 1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	Tier 1	
NORITATE TOPICAL CREAM 1 % (metronidazole)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Metronidazole 0.75% (gel, lotion, cream) in 120 days
RHOFADÉ TOPICAL CREAM 1 % (oxymetazoline HCl)	Tier 2	
metronidazole (Rosadan Topical Cream 0.75 %)	Tier 1	
ROSADAN TOPICAL KIT, CLEANSER AND GEL 0.75 % (metronidazole/skin cleanser combination no.23)	Tier 2	
ROSADAN TOPICAL KIT, CLEANSER AND CREAM 0.75 % (metronidazole/skin cleanser combination no.23)	Tier 2	
SOOLANTRA TOPICAL CREAM 1 % (ivermectin)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Finacea gel or foam in 120 days
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Tier 1	QL (1419 ML per 1 FILL)
SUMADAN XLT TOPICAL COMBO PACK, CLEANSER AND CREAM 9 %-4.5 % -SPF 25 (sulfacetamide sodium/sulfur/avobenzone/octinoxate/octyl sal)	Tier 2	
ZILXI TOPICAL FOAM 1.5 % (minocycline HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic topical Metronidazole in 120 days; QL (30 GM per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Tópicos De Anestesia Local Otros - Drugs For The Skin		
PRAKETAMIDE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 5 % (ketamine HCl)	Tier 2	
Dermatológico - Triazole Antifúngico - Drugs For The Skin		
JUBLIA TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 10 % (efinaconazole)	Tier 2	PA
Dermatológico - Varios Agentes Individuales - Drugs For The Skin		
MUSCUSOLICE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 2 %, 5 % (baclofen)	Tier 2	
NEURAPTINE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (gabapentin)	Tier 2	
<i>sodium chloride topical solution 0.9 %</i>	Tier 1	
Dietary Product - Infant Formulas - Drugs For The Skin		
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 % (alitretinoin)	Tier 3	QL (60 GM per 28 days)
Dietary Product - Sweeteners - Drugs For The Skin		
ANALPRAM-HC TOPICAL LOTION 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
EPIFOAM TOPICAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream in 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.35-1 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac topical cream 3-0.5 %</i>	Tier 1	
NOVACORT TOPICAL GEL WITH PERINEAL APPLICATOR 2-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
PRAMOSONE TOPICAL CREAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream in 120 days
PRAMOSONE TOPICAL LOTION 1-1 %, 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream in 120 days
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
Dietary Products - Drugs For The Skin		
FLUOROPLEX TOPICAL CREAM 1 % (fluorouracil)	Tier 2	PA
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	Tier 1	PA
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	Tier 1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	Tier 1	
TOLAK TOPICAL CREAM 4 % (fluorouracil)	Tier 2	
Erythropoietins - Drugs For The Skin		
<i>imiquimod topical cream in metered-dose pump 3.75 %</i>	Tier 1	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>imiquimod topical cream in packet 3.75 %</i>	Tier 1	PA
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
ZYCLARA TOPICAL CREAM IN METERED-DOSE PUMP 2.5 % (imiquimod)	Tier 2	PA
Factor Viii Preparations (Ahf) - Drugs For The Skin		
ACUICYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.01 % (hypochlorous acid/sodium chloride)	Tier 2	
AVENOVA TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.01 % (hypochlorous acid/sodium chloride)	Tier 2	
CLEANSING EYELID MOIST PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.8)	Tier 1	
CLEANSING EYELID WIPES EXT STR TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.10)	Tier 1	
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING TOPICAL FOAM (eyelid cleanser combination no.11)	Tier 2	
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.12)	Tier 2	
Granulocyte Colony-Stimulating Factor (G-Csf) - Drugs For The Skin		
DERMACINRX PHN PAK TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5 % (lidocaine/emollient combination no.102)	Tier 2	
DERMACINRX ZRM PAK TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5-5 % (lidocaine/dimethicone)	Tier 2	
PRILO PATCH TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5-2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hematopoietic Agents - Drugs For The Skin		
<i>ceramides 1,3,6-ii topical cream</i>	Tier 1	
CERAVE DAILY MOISTURIZING TOPICAL LOTION (ceramides 1,3,6-II)	Tier 2	
CERAVE FOAMING FACIAL TOPICAL CLEANSER (ceramides 1,3,6-II/niacinamide)	Tier 2	
CERAVE PM TOPICAL LOTION,EXTENDED RELEASE (ceramides 1,3,6-II/niacinamide/hyaluronic acid)	Tier 2	
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE) TOPICAL CLEANSER (ceramides (1,3,6-II)/salicylic acid/niacinamide)	Tier 2	
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE) TOPICAL CREAM (ceramides (1,3,6-II)/salicylic acid/niacinamide)	Tier 2	
CERAVE SA TOPICAL LOTION (salicylic acid/ceramides 1,3,6-II)	Tier 2	
CERAVE TOPICAL CLEANSER (ceramides 1,3,6-II)	Tier 2	
CERAVE TOPICAL CREAM (ceramides 1,3,6-II)	Tier 2	
MOISTURIZING NORMAL-DRY SKIN TOPICAL LOTION (ceramides 1,3,6-II)	Tier 1	
Hemostatics - Systemic - Drugs For The Skin		
CETAPHIL DAILY FACIAL CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.44)	Tier 2	
CETAPHIL GENTLE SKIN CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.42)	Tier 2	
GENTLE SKIN CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.43)	Tier 1	
GENTLE SKIN CLEANSER(WITH SLS) TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.10)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Female Condoms - Drugs For The Skin		
<i>doxycycline monohydrate oral capsule,ir - delay rel,biphase 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 50mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
Medical Supplies And Dme - Hot And Cold Combination Therapy Aids - Drugs For The Skin		
<i>minocycline oral capsule,extended release 24hr 135 mg, 45 mg, 90 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>minocycline oral tablet extended release 24 hr 105 mg, 115 mg, 135 mg, 45 mg, 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SEYSARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 60 MG (sarecycline HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Doryx Mpc, Doxycycline Hyclate, Doxycycline Monohydrate, Minocycline HCL, or Vibramycin in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 9 Years)
XIMINO ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 135 MG, 45 MG, 90 MG (minocycline HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Medical Supplies And Dme - Irrigation Supplies - Drugs For The Skin		
<i>calcipotriene-betamethasone topical ointment 0.005-0.064 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>calcipotriene-betamethasone topical suspension 0.005-0.064 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
ENSTILAR TOPICAL FOAM 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Calcipotriene/Betamethasone ointment in 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WYNZORA TOPICAL CREAM 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Calcipotriene/Betamethasone ointment in 120 days
Minerals And Electrolytes - Electrolytes And Invert Sugar - Drugs For The Skin		
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	Tier 1	
<i>econazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	QL (170 GM per 1 FILL)
ECOZA TOPICAL FOAM 1 % (econazole nitrate)	Tier 2	
ERTACZO TOPICAL CREAM 2 % (sertaconazole nitrate)	Tier 2	
EXELDERM TOPICAL CREAM 1 % (sulconazole nitrate)	Tier 2	
EXELDERM TOPICAL SOLUTION 1 % (sulconazole nitrate)	Tier 2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Ketoconazole 2% cream or shampoo in 120 days
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	Tier 1	QL (360 ML per 1 FILL)
KETODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 2 % (ketoconazole/skin cleanser combination no.28)	Tier 2	
ketoconazole (Ketodan Topical Foam 2 %)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Ketoconazole 2% cream or shampoo in 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>luliconazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Clotrimazole and Ketoconazole in 365 days; QL (60 GM per 28 days)
<i>miconazole nitrate-zinc ox-pet topical ointment 0.25-15-81.35 %</i>	Tier 1	
<i>oxiconazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
OXISTAT TOPICAL LOTION 1 % (oxiconazole nitrate)	Tier 2	
<i>sulconazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	
<i>sulconazole topical solution 1 %</i>	Tier 1	
XOLEGEL TOPICAL GEL 2 % (ketoconazole)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Ketoconazole 2% cream or shampoo in 120 days
Minerals And Electrolytes - Iron Combinations - Drugs For The Skin		
SALVAX DUO PLUS TOPICAL FOAM 6-35 % (salicylic acid/urea)	Tier 2	
<i>silver nitrate applicators topical stick 75-25 %</i>	Tier 1	
Minerals And Electrolytes - Oral Electrolytes - Drugs For The Skin		
CHEST RUB (WITH PINE OIL) TOPICAL OINTMENT (eucalyptus oil/lavender oil/pine needle oil/beeswax)	Tier 2	
Minerals And Electrolytes - Trace Minerals - Drugs For The Skin		
ACIOXIAY TOPICAL CREAM 15-4 % (azelaic acid/niacinamide)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AMZEEQ TOPICAL FOAM 4 % (minocycline HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Adapalene, Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide. Clindamycin Phosphate, Erythromycin Base In Ethanol, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur/Urea, Sulfacetamide Sodium, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin in 365 days; Age (Min 9 Years)
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate, Erythromycin Base In Ethanol, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur/Urea, Sulfacetamide Sodium, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin in 120 days
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i>	Tier 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>	Tier 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Clindamycin Phosphate 1% gel in 120 days
<i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>	Tier 1	
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	Tier 1	QL (180 ML per 1 FILL)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	Tier 1	
<i>dapsone topical gel 5 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dapsone topical gel with pump 7.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate, Erythromycin Base In Ethanol, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur/Urea, Sulfacetamide Sodium, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin in 120 days
DEOXIA TOPICAL GEL 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Tier 2	
ECEOXIA TOPICAL CREAM 10-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Tier 2	
<i>erythromycin base in ethanol (Ery Pads Topical Swab 2 %)</i>	Tier 1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	Tier 1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	Tier 1	QL (180 ML per 1 FILL)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Tier 2	
OXIAICE TOPICAL LOTION 15-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Tier 2	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Nutritional Product - Lipids - Drugs For The Skin		
CAPSFENAC PAK TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Tier 2	
CAPSINAC TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
DERMACINRX LEXITRAL TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
DICLAREAL TOPICAL COMBO PACK 2-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Tier 2	
DICLOFEX DC TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
DICLOHEAL-60 TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Tier 2	
DICLOPR TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL 1-30-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Tier 2	
DICLOSAICIN TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
DICLOTRAL TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
DICLOTREX II TOPICAL KIT 1.5-10-4 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Tier 2	
DICLOTREX TOPICAL KIT 1.5-10-4 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIMENTHO TOPICAL KIT 1.5-10 % (diclofenac sodium/menthol/kinesiology tape)	Tier 2	
DITHOL TOPICAL COMBO PACK 1.5-10 % (diclofenac sodium/menthol)	Tier 2	
FENOVAR TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Tier 2	
ICLOFENAC CP TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
INFLAMMA-K TOPICAL KIT, PATCH, SOLUTION DROPS 1.5-10-6-3.1 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol/camphor)	Tier 2	
LEXITRAL PHARMAPAK II TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
ROAOXIA TOPICAL GEL 3-2-4 % (diclofenac sodium/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 2	
SURE RESULT DSS PREMIUM PACK TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
VAROPHEN (DICLOFENAC) TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Tier 2	
ZICLOCIN TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Tier 2	
ZICLOPRO TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Pharmaceutical Adjuvant - Cream/Ointment Vehicles - Drugs For The Skin		
<i>naftifine topical cream 1 %</i>	Tier 1	
<i>naftifine topical cream 2 %</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>naftifine topical gel 2 %</i>	Tier 1	
Pharmaceutical Adjuvant - Gelatin Capsules (Empty) - Drugs For The Skin		
MENTAX TOPICAL CREAM 1 % (butenafine HCl)	Tier 2	
Pharmaceutical Adjuvant - Placebos - Drugs For The Skin		
CICLODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.28)	Tier 2	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	Tier 1	
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	Tier 1	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	Tier 1	QL (19.8 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	Tier 1	QL (180 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-euc topical solution 8 %</i>	Tier 1	QL (19.8 ML per 1 FILL)
HAXDRAX TOPICAL SHAMPOO 0.77-2 % (ciclopirox olamine/salicylic acid)	Tier 2	
HIXDEFRIMA TOPICAL SOLUTION 8-1-1 % (ciclopirox olamine/fluconazole/terbinafine HCl)	Tier 2	
LOPROX KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.40)	Tier 2	
LOPROX KIT TOPICAL KIT, SUSPENSION AND CLEANSER 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.40)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Pharmaceutical Adjuvant - Surfactants - Drugs For The Skin		
ALTABAX TOPICAL OINTMENT 1 % (retapamulin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Mupirocin ointment in 120 days
Platelet Proliferation Stimulants (Interleukins) - Drugs For The Skin		
ALADERM PLUS TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (lidocaine HCl/palm oil)	Tier 1	
ANODYNE LPT TOPICAL KIT 2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Tier 1	
CETACAINE ANESTHETIC TOPICAL LIQUID 2-2-14 % (tetracaine/benzocaine/butamben)	Tier 2	
CETACAINE TOPICAL AEROSOL, SPRAY 2 %-2 %-14 % (200 MG/SEC) (tetracaine/benzocaine/butamben)	Tier 2	
DOLOTRANZ TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 4-2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Tier 2	
ELEMAR TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Tier 2	
ENZNONUTY TOPICAL OINTMENT 10-10-20 % (lidocaine/tetracaine/benzocaine)	Tier 2	
ILIDERM TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (lidocaine HCl/palm oil)	Tier 2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine-prilocaine topical kit 2.5-2.5 %</i>	Tier 1	
LIDORXKIT TOPICAL COMBO PACK, OINTMENT AND CREAM 5 % (lidocaine/skin cleanser combination no.37)	Tier 2	
LMR PLUS TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MENTHO-CAINE TOPICAL KIT, OINTMENT AND SPRAY 5-8 % (lidocaine/menthol)	Tier 2	
PAINGO KFT TOPICAL CREAM 2.5-2.5-30-10 % (lidocaine/prilocaine/methyl salicylate/menthol)	Tier 2	
SOLUPAK TOPICAL KIT, OINTMENT AND SPRAY 5-10-3 % (lidocaine/methyl salicylate/menthol)	Tier 2	
WPR PLUS TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 4-30-10 % (lidocaine HCl/methyl salicylate/menthol)	Tier 2	
Protectores De Uñas - Drugs For The Skin		
GENADUR (WITH LEXINAL) KIT 2,500 MCG (biotin/carbitol/equisetum xt/ethanol/hydroxypropyl chito/msm)	Tier 2	
GENADUR TOPICAL LIQUID (carbitol/equisetum ext/ethanol/hydroxypropyl chitosan/msm)	Tier 2	
Sustituto De Piel, Vendajes De Tejido Vivo - Drugs For The Skin		
APLIGRAF TOPICAL DISK (cultured skin substitute, human and bovine)	Tier 2	
OASIS ULTRA FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Tier 2	
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Tier 2	
OASIS WOUND MATRIX MESHED TOPICAL SHEET 5 X 7 CM, 7 X 10 CM, 7 X 20 CM (porcine acell submucosa, meshed)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa Otros - Drugs For The Skin		
CLINDACIN ETZ TOPICAL KIT 1 % (clindamycin phosphate/skin cleanser comb no.19)	Tier 2	
CLINDACIN PAC TOPICAL KIT 1 % (clindamycin phosphate/skin cleanser comb no.19)	Tier 2	
DEOXIA TOPICAL LOTION 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Tier 2	
DIADIMAXIA TOPICAL CREAM 6-5-2 % (dapsonespiro lactone/niacinamide)	Tier 2	
DIADIMAXIA TOPICAL GEL 6-5-2 % (dapsonespiro lactone/niacinamide)	Tier 2	
DIAOXIA TOPICAL CREAM 6-4 % (dapsonespiro lactone/niacinamide)	Tier 2	
DIAOXIA TOPICAL GEL 6-4 % (dapsonespiro lactone/niacinamide)	Tier 2	
DIASDIMAXIA TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (dapsonespiro lactone/niacinamide)	Tier 2	
DIASDIMAXIA TOPICAL GEL 8.5-5-2 % (dapsonespiro lactone/niacinamide)	Tier 2	
DIASOXIA TOPICAL CREAM 8.5-4 % (dapsonespiro lactone/niacinamide)	Tier 2	
DIASOXIA TOPICAL GEL 8.5-4 % (dapsonespiro lactone/niacinamide)	Tier 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Queratólicas - Drugs For The Skin		
BP 10-1 TOPICAL CLEANSER 10-1 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (sulfacetamide sodium/sulfur/urea)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLENIA PLUS TOPICAL SUSPENSION 9-4.25 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 2	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -5 %</i>	Tier 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1.2-2.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide gel in 120 days
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -3.75 %</i>	Tier 1	
DRAXACE TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Tier 2	
DRAXACEY TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Tier 2	
DRIXECE TOPICAL SUSPENSION 5-10 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Tier 2	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	Tier 1	
INZDEOXIA TOPICAL GEL 2.5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
NEUAC KIT TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL 1.2-5 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide/emollient comb no.94)	Tier 2	
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide (Neuac Topical Gel 1.2 %(1 % Base) -5 %)	Tier 1	
ONEXTON TOPICAL GEL 1.2 %(1 % BASE) -3.75 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide)	Tier 2	
ONZDEOXIA TOPICAL GEL 5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ROSULA CLEANSING CLOTHS TOPICAL PADS, MEDICATED 10-5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
ROSULA TOPICAL CLEANSER 10-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 2	
SSS 10-5 TOPICAL CREAM 10-5 % (W/W) (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
SSS 10-5 TOPICAL FOAM 10-5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-2 %, 9-4 %, 9-4.5 %, 9.8-4.8 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-5 % (w/w)</i>	Tier 1	QL (1419 GM per 1 FILL)
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 8-4 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cream 10-2 %, 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical lotion 10-5 % (w/v), 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical pads, medicated 10-4 %, 9.8-4.8 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical suspension 10-5 %, 8-4 %, 9-4.25 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Tier 1	QL (1419 ML per 1 FILL)
SULFACLEANSE 8-4 TOPICAL SUSPENSION 8-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
SUMADAN TOPICAL KIT 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur/skin cleanser comb no.23)	Tier 2	
SUMADAN XLT TOPICAL COMBO PACK, CLEANSER AND CREAM 9 %-4.5 % -SPF 25 (sulfacetamide sodium/sulfur/avobenzone/octinoxate/octyl sal)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUMAXIN CP TOPICAL KIT 10-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur/skin cleanser comb no.23)	Tier 2	
ZMA CLEAR TOPICAL SUSPENSION 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Retinoide - Drugs For The Skin		
ADAINZDE TOPICAL GEL 0.3-2.5-1 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Tier 2	
ADEINZDE TOPICAL GEL 0.1-2.5-1 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Tier 2	
CABTREGO TOPICAL GEL 0.15-3.1-1.2 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Tier 2	PA
<i>clindamycin-tretinoin topical gel 1.2-0.025 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Clindamycin gel or Tretinoin gel 0.025% in 120 days
DEOXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-1-2-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/spironolactone/niacinamide)	Tier 2	
DEOXIATAR TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
DEOXIAVAR TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
DIASAXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Tier 2	
DIASAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
INZDEAXIAVAR TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
ONZDEAXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Tier 2	
ONZDEAXIADEMVAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Tier 2	
ONZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
ONZDEAXIAVAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
ONZDEAXIAZAR TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
TARDEOXIA TOPICAL CREAM 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Queratolíticas-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
VANOXIDE-HC TOPICAL SUSPENSION 5-0.5 % (benzoyl peroxide/hydrocortisone)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Retinoides Otros - Drugs For The Skin		
ADAINZOXIA TOPICAL GEL 0.3-2.5-4 % (adapalene/benzoyl peroxide/niacinamide)	Tier 2	
<i>adapalene-benzoyl peroxide topical gel with pump 0.1-2.5 %</i> , 0.3-2.5 %	Tier 1	
IDYYXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
OXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 2	
OXIAVAR TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
OXIAVARRY TOPICAL CREAM 0.05-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 2	
OXIAVARY TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
OXIAZAR TOPICAL CREAM 0.1-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 2	
SAROXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
TARDIMAXIA TOPICAL GEL 0.025-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Tier 2	
TAROXIA TOPICAL CREAM 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
TAROXIA TOPICAL GEL 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
TWYNEO TOPICAL CREAM 0.1-3 % (tretinoin/benzoyl peroxide)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VARDIMAXIA TOPICAL GEL 0.05-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Tier 2	
VAROXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
VAROXIA TOPICAL GEL 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Queratolítica - Drugs For The Skin		
BENZEPRO (MICROSPHERES) TOPICAL CLEANSER 7 % (benzoyl peroxide microspheres)	Tier 1	
BENZEPRO TOPICAL TOWELETTE 6 % (benzoyl peroxide)	Tier 1	
<i>benzoyl peroxide topical cleanser 7 %</i>	Tier 1	
<i>benzoyl peroxide topical foam 9.8 %</i>	Tier 1	
BPO TOPICAL GEL 8 % (benzoyl peroxide)	Tier 1	
PACNEX HP TOPICAL PADS, MEDICATED 7 % (benzoyl peroxide)	Tier 2	
PACNEX LP TOPICAL PADS, MEDICATED 4.25 % (benzoyl peroxide)	Tier 2	
PR BENZOYL PEROXIDE TOPICAL CLEANSER 7 % (benzoyl peroxide microspheres)	Tier 1	
Terapia Para El Acné Tópica - Reinoides Y Derivados - Drugs For The Skin		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>adapalene topical gel 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>adapalene topical gel with pump 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>adapalene topical lotion 0.1 %</i>	Tier 1	Age (Max 39 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>adapalene topical solution 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Adapalene 0.1% gel in 120 days
<i>adapalene topical swab 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Adapalene 0.1% gel in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
AKLIEF TOPICAL CREAM 0.005 % (trifarotene)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Differin, Tazarotene, or Tretinoin in 120 days; Age (Max 39 Years)
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 % (tretinoin)	Tier 2	
ARAZLO TOPICAL LOTION 0.045 % (tazarotene)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Differin, Tazarotene, or Tretinoin in 120 days
AVITA TOPICAL CREAM 0.025 % (tretinoin)	Tier 1	
AVITA TOPICAL GEL 0.025 % (tretinoin)	Tier 1	
DIFFERIN TOPICAL LOTION 0.1 % (adapalene)	Tier 2	Age (Max 39 Years)
ETHOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tazarotene/niacinamide)	Tier 2	
ITHOXIA TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tazarotene/niacinamide)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RETIN-A MICRO PUMP TOPICAL GEL WITH PUMP 0.06 % (tretinoin microspheres)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Generic Tretinoin Microspheres 0.04% and 0.10% in 365 days; Age (Max 39 Years)
<i>tazarotene topical foam 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Differin, Tazarotene, or Tretinoin in 120 days
<i>tretinoin microspheres topical gel 0.04 %, 0.1 %</i>	Tier 1	Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.04 %, 0.1 %</i>	Tier 1	Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.08 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Generic Tretinoin Microspheres 0.04% and 0.10% in 365 days; Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Tier 1	
Terapia Sistémica Para El Acné - Reinoides Y Derivados - Drugs For The Skin		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE 16 MG, 24 MG, 32 MG, 8 MG (isotretinoin, micronized)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Isotretinoin in 120 days
isotretinoin (Accutane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
isotretinoin (Amnesteem Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 40 Mg)	Tier 1	
isotretinoin (Claravis Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Tier 1	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>isotretinoin oral capsule 25 mg, 35 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic Isotretinoin in 120 days
isotretinoin (Zenatane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Tier 1	
Vendajes De Piel De Ovina (Oveja), No-Viva - Drugs For The Skin		
KERAMATRIX TOPICAL SHEET 2 X 2 ", 3/4 X 1 ", 4 X 4 " (tissue matrix, keratin-based, ovine derived)	Tier 2	
Vendajes De Piel De Porcino, No-Vivo - Drugs For The Skin		
MIRO3D TOPICAL SHEET 10 X 5 X 2 CM, 2 X 2 X 2 CM, 3 X 3 X 2 CM, 5 X 5 X 2 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Tier 2	
MIRODERM FENESTRATED PLUS TOPICAL SHEET 3 X 3 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (extracellular matrix (ECM),porcine derived,fenestrated)	Tier 2	
MIRODERM FENESTRATED TOPICAL SHEET 2 X 2 CM, 2 X 3 CM, 3 X 3 CM, 4 X 4 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (extracellular matrix (ECM),porcine derived,fenestrated)	Tier 2	
XCELLISTEM TOPICAL POWDER 250 MG (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
Anorectal - Hemorrhoidal Combinations Other - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AMIELLE VAGINAL TRAINER KIT (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA DEVICE (data transfer pen cap for insulin glulisine, reusable, BT)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR DEVICE (data transf r pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart (B3), reusable, BT)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS DEVICE (data transf r pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro-aabc, reusable, BT)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transf pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transf pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA DEVICE (data transfer pen cap for insulin degludec, reusable, BT)	Tier 2	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Tier 2	
<i>eua patient assessment</i>	Tier 2	
PRO COMFORT TENS ELECTRODE PAD (tens unit electrodes)	Tier 2	
PRO COMFORT TENS UNIT COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Tier 2	
PRO-CEPTION VAGINAL (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
PTS COLLECT CAPILLARY TUBE (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
RECONSTITUBE KIT (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
SUPPOSITORY SHELL, SMALL DEVICE (suppository mold)	Tier 2	
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Tier 2	
T:FLEX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Tier 2	
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TEMPO SMART BUTTON DEVICE (data transfer accessory (insulin pen), bluetooth)	Tier 2	
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Tier 2	
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Tier 2	
VIBRANT ORAL CAPSULE (vibrating transient device for constipation)	Tier 2	
VIBRANT STARTER KIT COMBO PACK (vibrating transient device for constipation)	Tier 2	
XENOVIEW EMPTY DELIVERY BAG (inhalation bag with mouthpiece)	Tier 2	
Contact Lens Preparation - Hard Lens Products - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Tier 2	
FLEXI-SEAL SIGNAL FMS RECTAL (fecal collector with charcoal filter/catheter/syringe)	Tier 2	
MONO-FLO DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Tier 2	
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL (diaper,brief,youth,disposable)	Tier 2	
TENS CARE ITOUCH SURE VAGINAL DEVICE (incont device,muscle toner,elt)	Tier 2	
Dental Product - Astringents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DUREX AIR CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (condoms, non-latex, lubricated)	Tier 0	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
FANTASY CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
KIMONO CONDOMS(NON-LUBRICATED) DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUE COVER CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	
Dental Product - Disinfectants - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	Tier 0	
Dental Product - Fluoride Preparations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (diaphragms, contoured)	Tier 0	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
Dental Product - Hemostatics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	Tier 0	
Dermatological Irritants-Counter-Irritant Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
PCCA ACCUPEN-15 DEVICE (topical cream metered-dose device)	Tier 2	
Inflammatory Bowel Agent - Glucocorticoids - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 4 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIAPERS, UNISEX SIZE 5 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 6 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 2	
GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 2	
Medical Supplies And Dme - Covid-19 Miscellaneous Testing Supplies - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days)
BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Tier 2	
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>covid19 test adm.by pharmacist</i>	Tier 2	
CUE COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 2	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
EVERLYWELL COVID19 HOM COLLECT (COVID-19 test specimen collection)	Tier 2	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days)
ID NOW COVID-19 TEST KIT KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 2	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
MIDASPOT COVID19 ANTIBODY TEST KIT (COVID-19 IgG/IgM test cassette)	Tier 2	
NANO-CHECK COVID-19 AG TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT (COVID-19 test specimen collection)	Tier 2	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
QUICKVUE SARS ANTIGEN KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
SOFIA SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Tier 2	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Digital Therapeutics, Software - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ASPYRERX DIGITAL APP (90-DAY) (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for T2DM)	Tier 2	
ENDEAVORRX (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for ADHD)	Tier 2	
LUMINOPIA DIGITAL APP (30-DAY) (digital therapeutics,amblyopia)	Tier 2	
MAHANA IBS (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for IBS)	Tier 2	
NERIVIO DIGITAL APP (MIGRAINE) (digital therapeutic, remote electrical neuromodulator device)	Tier 2	
REGULORA IBS DIGITAL APP (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for IBS)	Tier 2	
Ophthalmic - Anti-Allergy - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AEROECLIPSE II NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
AEROECLIPSE XL NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
AERONEB GO NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
AIRS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
ALTERA NEBULIZER HANDSET (nebulizer)	Tier 2	
ALTERA NEBULIZER SYSTEM (nebulizer)	Tier 2	
AURA PORTANEB (nebulizer)	Tier 2	
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
INNOSPIRE GO NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
LC PLUS (nebulizer)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LC PLUS NEBULIZER-PED MASK (nebulizer)	Tier 2	
MC 300 NEBULIZER W-MOUTHPIECE (nebulizer)	Tier 2	
MC 300 NEBULIZER-UNVRSL TUBING (nebulizer)	Tier 2	
MICROAIR MESH NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
MINI PLUS NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET (nebulizer)	Tier 2	
PARI LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Tier 2	
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
SIDESTREAM (nebulizer)	Tier 2	
SIDESTREAM NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
SIDESTREAM PLUS (nebulizer)	Tier 2	
SINUSTAR NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
SOOTHENEB MESH NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
TRUNEB NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
VIXONE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
VIXONE NEBULIZER-ADULT MASK (nebulizer)	Tier 2	
VIXONE NEBULIZER-PEDIATRIC MSK (nebulizer)	Tier 2	
Ophthalmic - Local Anesthetic Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BD INSYTE AUTOGUARD INFUSION SET 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter)	Tier 2	
BD SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Tier 2	
FILTERED EXTENSION SET INFUSION SET (intravenous administration extension set with filter)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HI-VOLUME PUMPING CHAMBER SET (transfer sets)	Tier 2	
INSYTE IV CATHETER INFUSION SET 14 X 1.75 ", 20 X 1.16 " (intravenous catheter)	Tier 2	
IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
IVENIX ADMIN SET SINGLE-INLET INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
MICROBORE EXTENSION SET INFUSION SET (intravenous administration extension set)	Tier 2	
NEXIVA INFUSION SET 18 X 1 1/4 ", 18 X 1 3/4 ", 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/4 ", 20 X 1 3/4 ", 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4", 24 X 0.56 " (intravenous catheter)	Tier 2	
PHASEAL SECONDARY SET INFUSION SET (intravenous piggyback administration set)	Tier 2	
PHASEAL Y-SITE (y-site line connector, closed system)	Tier 2	
RATE FLOW REGULATOR IV SET INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
TRANSFER SET (transfer sets)	Tier 2	
Ophthalmic - Local Anesthetic Esters - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
AQINJECT 3.0 LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
AQINJECT SAFETY NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 2	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
AQINJECT STANDARD NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Tier 2	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Tier 1	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Tier 2	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2", 10 ML 20 X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 21 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 26 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (syringe with needle and cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 "</i>	Tier 2	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Tier 2	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig,60 mL)	Tier 1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 2	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE DENTAL IRRIG SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASYPPOINT NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Tier 2	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Tier 2	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
<i>filter needles needle 19 x 1 ", 19 x 1 1/2 "</i>	Tier 2	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SAFETY NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 2	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (syringe, disposable)	Tier 1	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (needles, disposable)	Tier 2	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE (syringe with needle,disposable)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (syringe,safety with needle,12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE ECCENTRI LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,needle,safety 1 mL,self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 mL, self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" (syringe,safety needle 10 mL and self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL, self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe 3 mL with safety needle,self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 mL, self-contained disposal unit)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 5 mL and self-contained disposal unit)	Tier 1	
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Tier 2	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" (needles, safety)	Tier 2	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
<i>syringe (disposable) syringe 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 21 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 gauge x 1 1/2"</i>	Tier 1	
<i>syringe with needle, safety syringe 0.5 ml 30 gauge x 1/2"</i>	Tier 1	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (syringe, disposable)	Tier 1	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Tier 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (syringe, disposable irrigation, 70 mL)	Tier 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Tier 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
Ophthalmic - Surgical Aids-Adjuncts - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
IVENIX BLOOD PRODUCT ADMIN SET BLOOD ADMINISTRATION SET (blood administration set)	Tier 2	
Ophthalmic Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ADVANCE PLUS INTERMITTENT 10 FR, 10-16 FR-", 12 FR, 12-16 FR-", 14-16 FR-", 16-16 FR-", 18-16 FR-", 6-16 FR-", 8-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT COMBO PACK 6 FR, 8 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Tier 2	
APOGEE IC INTERMIT CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
APOGEE PLUS INTERMITT CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
BARDEX I.C. FOLEY CATHETER 24 FR (catheter)	Tier 2	
DOVER COATED LATEX FOLEY COMBO PACK (urinary bag/catheterization tray)	Tier 2	
DOVER FOLEY CATHETER 24 FR (catheter)	Tier 2	
DOVER LATEX FOLEY CATHETER 16 FR, 28 FR (catheter)	Tier 2	
DOVER RED RUBBER ROBINSON CATH 8 FR (catheter)	Tier 2	
DOVER UNIVERSAL TRAY (catheterization tray)	Tier 2	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Tier 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER 18-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER TRAY (catheterization tray)	Tier 2	
LOFRIC 12-16 FR-", 14-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
LOFRIC HYDRO-KIT COMBO PACK 14 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Tier 2	
LOFRIC ORIGO 14-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
LOFRIC PRIMO NELATON CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
LOFRIC SENSE NELATON CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Tier 2	
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER 10-16 FR-", 12-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER 16 FR (catheter)	Tier 2	
SELF-CATHETER, FEMALE 14 FR (catheter)	Tier 2	
SILASTIC FOLEY CATHETER 20 FR (catheter)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPEEDICATH (FEMALE) 16 FR (catheter)	Tier 2	
TOUCH-TROL 10 FR (catheter)	Tier 2	
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Tier 2	
Ophthalmic-Intraocular Press. Reducing, Sel. Alpha Adrenergic Agonists - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FREEFLEX PLUS TRANSFER ADAPTER DEVICE 20 MM (transfer device, closed system)	Tier 2	
HALO B-LOCK CLOSED LINE ADAPTR (connector luer lock, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED BAG ADAPTOR (infusion adapter, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED LINE ADAPTOR (connector luer lock, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED SYRINGE ADAPTOR (needle injector, luer lock, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED VIAL ADAPTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Tier 2	
HALO VIAL CONVERTER DEVICE 13 MM (vial size converter, closed system)	Tier 2	
INTERLINK LEVER LOCK CANNULA (syringe accessory)	Tier 2	
I-PORT (injection ports)	Tier 2	
I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT (injection ports)	Tier 2	
I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT (injection ports)	Tier 2	
KENDALL DISINFECTANT CAP (alcohol swab cap)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT LUER ADAPTER INTRAVENOUS ADMIX ACCESSORY (intravenous equipment)	Tier 2	
PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE DEVICE (assembly system, vial to transfer device, closed system)	Tier 2	
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (connector luer lock, closed system)	Tier 2	
PHASEAL INFUSION ADAPTER (infusion adapter, closed system)	Tier 2	
PHASEAL INFUSION CLAMP (clamp, IV tubing)	Tier 2	
PHASEAL INJECTOR LUER (needle injector, luer, closed system)	Tier 2	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (needle injector, luer lock, closed system)	Tier 2	
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Tier 2	
VARITHENA ADMINISTRATION PACK (transfer set/syringe, disposable/bandages,compression/tubing)	Tier 2	
Otic (Ear) - Agents For The Pinna - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT (feeder container with gravity set, ENFit)	Tier 2	
KANGAROO 924 SAFETY SCREW (pump set)	Tier 2	
KANGAROO EPUMP SET (feeder container with pump set)	Tier 2	
KANGAROO GRAVITY SET (feeder container with gravity set)	Tier 2	
RELIZORB CARTRIDGE (enteral pump accessory for fat hydrolysis)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Otic (Ear) - Analgesics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ADVOCATE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
AQINJECT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ASSURE ID PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe, insulin U-500 with needle, disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
CAREFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
CLICKFINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Tier 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
DROPLET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Tier 1	
EMBRACE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
INCONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
<i>insulin syringe u100 half mark syringe 0.3 ml 31 gauge x 1/4"</i>	Tier 1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 0.3 ml 29 gauge x 1/2", 0.3 ml 30, 0.3 ml 30 gauge x 1/2", 0.3 ml 30 gauge x 5/16", 0.3 ml 31 gauge x 1/4", 0.3 ml 31 gauge x 15/64", 0.3 ml 31 gauge x 5/16", 0.5 ml 29 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 5/16", 0.5 ml 31 gauge x 5/16", 1 ml 27 gauge x 1/2", 1 ml 28 gauge, 1 ml 28 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 7/16", 1 ml 30 gauge x 1/2", 1 ml 30 gauge x 3/8", 1 ml 30 gauge x 5/16, 1 ml 30 gauge x 7/16", 1 ml 31 gauge x 1/4", 1 ml 31 gauge x 15/64", 1 ml 31 gauge x 5/16, 1/2 ml 27 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge, 1/2 ml 28 gauge x 1/2", 1/2 ml 29, 1/2 ml 30 gauge, 1/2 ml 31 gauge x 1/4", 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Tier 1	
INSUPEN PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin disposable)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML , 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
NOVOFINE 32 NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
NOVOFINE PLUS NEEDLE 32 GAUGE X 1/6" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (insulin pump controller)	Tier 2	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML (insulin pump syringe, 1.8 mL)	Tier 1	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Tier 1	
PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2", 30 gauge x 3/16", 30 gauge x 5/16", 31 gauge x 1/4", 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/16", 31 gauge x 5/32", 32 gauge x 1/4", 32 gauge x 3/16", 32 gauge x 5/16", 32 gauge x 5/32", 33 gauge x 1/4", 33 gauge x 3/16", 33 gauge x 5/32"</i>	Tier 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 15/32", 31 gauge x 1/3", 31 gauge x 1/6", 31 gauge x 13/64", 31 gauge x 15/64"</i>	Tier 1	
<i>pen needle, diabetic, safety needle 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/32"</i>	Tier 1	
PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PIP PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe w-needle 0.3 mL,insulin,safety w-self-cont.dis.unit)	Tier 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle,safety,disposal unit,0.5 mL)	Tier 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle 1 mL,insulin,safety w-self-con.disp.unit)	Tier 1	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
SECURESAFE PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Tier 1	
TECHLITE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
ULTICARE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2", 0.3 ML 31 X 5/16" (syringe with needle,insulin disposable,0.3 mL/empty containr)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16" (syringe with needle, insulin,1 mL and sharps container)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 1/2 ML 30 X 1/2", 1/2 ML 31 X 5/16" (syringe-needle,insulin,0.5 mL/container,empty)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTILET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29, 1/2 ML 30 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA THIN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTRACARE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
VERIFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Otic (Ear) - Glucocorticoids - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE (lancets)	DME	
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM (lancets)	DME	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ADVANCED GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ADVOCATE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS (blood-glucose meter)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX AMP GLUC MONITOR SYS (blood-glucose meter)	DME	
AGAMATRIX CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX CONTROL NORM-HI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 4 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ALKALINE BATTERIES (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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (lancets)	DME	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
AQUA LANCE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE PRISM MULTI METER (blood-glucose meter)	DME	
AUTO-LANCET MINI (lancing device)	DME	
AUTOLET IMPRESSION LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
AUTOLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
BIGFOOT UNITY KIT (flash glucose sensor/blood glucose test strips/pen needles)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
BIOTEL CARE BGM-4 METER (blood-glucose meter)	DME	
<i>blood glucose contrl hi,normal solution</i>	DME	
<i>blood glucose control, normal solution</i>	DME	
<i>blood glucose ctl high,nml,low solution</i>	DME	
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
<i>blood-glucose meter</i>	DME	
<i>blood-glucose meter kit</i>	DME	
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (lancets with blood glucose test strips)	DME	
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE KIT (blood-glucose meter)	DME	
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CAREONE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CAREONE ULTRA THIN 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CARESENS N (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ BT GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N VOICE (blood-glucose meter)	DME	
CARESOFT LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CARETOUCH CONTROL SOLN L2-L3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
CARETOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (diabetic supplies, miscell)	DME	PA
CHEMSTRIP BG LOG BOOK (diabetic supplies, miscell)	DME	
CHOICE DM CLARUS NORM CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CHOICEDM CLARUS (blood-glucose meter)	DME	
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CHOSEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CHOSEN SAFETY LANCET 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST KIT (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CLEVER CHOICE MICRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE PRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	DME	
COLOR LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (lancets)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT EZ METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT EZ METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR NEXT LINK 2.4 KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT LINK KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT ONE METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR PLUS BLUE METER (blood-glucose meter)	DME	
DARIO BLOOD GLUCOSE MONITOR DEVICE (blood-glucose meter,for mobile device)	DME	
DEXCOM G6 RECEIVER (blood-glucose meter,continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 RECEIVER (blood-glucose meter,continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DIATRUE CONTROL SOLN NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
DROPLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY STEP HIGH CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
EASY TRAK II CTRL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASYMAX T1 KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EMBRACE PRO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE PRO SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE MINI GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE PROVIEW CONTROL-L2,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA D10 KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
FORA D15 GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D20 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA G20 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA G30A (blood-glucose meter)	DME	
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORA HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
FORA LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
FORA LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
FORA PREMIUM V10 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TEST N'GO VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TN'G VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA V10 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA V20 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA V30A (blood-glucose meter)	DME	
FORA V30A KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD20 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD40A GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD40B GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
FORACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
FREESTYLE FLASH SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE FREEDOM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE INSULINX (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (flash glucose scanning reader)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 READER (flash glucose scanning reader)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 READER (blood-glucose meter,continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LITE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GE333 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD 01 HI-NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
GLUCOCARD 01 METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCOM CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
GLUCOCOM CONTROL NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GM100 KIT (blood-glucose meter)	DME	
GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
GOJJI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
GOODLIFE AC-302 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	PA
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	PA
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	PA
HARMONY CONTROL L1,L3 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET (lancing device)	DME	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
HYPOLANCE AST LANCING KIT (lancing device/lancets)	DME	
IGLUCOSE BLOOD GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
INCONTROL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
INFINITY METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
INFINITY STARTER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
INSUL-CAP (diabetic supplies,miscell)	DME	
INSUL-EZE (diabetic supplies,miscell)	DME	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
JAZZ WIRELESS 2 METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LANCETS, SUPER THIN (lancets)	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	
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
MEDPOINT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
METER-CHECK SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
MICRODOT LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MICROLET LANCET (lancets)	DME	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
MINIMED QUICK-SERTER (MMT-395) (diabetic supplies, miscell)	DME	
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (lancing device/lancets)	DME	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high, normal, low)	DME	
MYGLUCOHEALTH KIT (blood-glucose meter)	DME	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
NOVA SUREFLEX LANCETS (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVAMAX PLUS GLU-KET SOLUTION (blood glucose and ketone control, normal)	DME	
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
ON CALL EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL EXPRESS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ON CALL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ON CALL PLUS METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL PLUS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ON CALL VIVID METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID PAL METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID PAL METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH ULTRA2 METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH VERIO FLEX METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO FLEX START KIT (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH VERIO REFLECT KIT (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER (blood-glucose meter)	DME	
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
OPTUMRX (blood-glucose meter)	DME	
OPTUMRX KIT (blood-glucose meter)	DME	
OPTUMRX SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
OVAL TAPE (diabetic supplies, miscell)	DME	
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
PIP BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLN L1-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
PIP LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
PLATINUM GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
POGO AUTOMATIC BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	DME	
PRECISION (blood-glucose meter)	DME	
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION XTRA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER BLU GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER VOICE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM V10 (blood-glucose meter)	DME	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRESTO PRO BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
PRO VOICE V8 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
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 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
QUINTET AC (blood-glucose meter)	DME	
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELIAMED LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELIAMED MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
RELION ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION CONFIRM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION PRIME METER (blood-glucose meter)	DME	
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GC250S CNTRL SOL NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GC700 LEV 2 CTRL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
RIGHTEST GM250S GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GM260 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GM700SB GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GT333 LEV 2 CTRL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST MAX PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
SINGLE-LET (lancets)	DME	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
SMART SENSE MONITORING SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMARTEST PRONTO STARTER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PROTEGE KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST SMART CODE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST TALKING METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SOFT TOUCH LANCETS (lancets)	DME	
SOLUS V2 AUDIBLE METER (blood-glucose meter)	DME	
SOLUS V2 AUDIBLE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER (blood-glucose meter)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
SURE-TOUCH LANCET (lancets)	DME	
TD GOLD BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
TD GOLD LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
TD GOLD VOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
TELCARE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze)	DME	
TEMPO WELCOME KIT KIT (blood glucose meter/insulin data transf accessory, bluetooth)	Tier 2	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
THIN LANCETS 26 GAUGE (lancets)	DME	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUEDRAW LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
ULTI-LANCE (lancing device)	DME	
ULTI-LANCE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ULTIMA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA TLC LANCETS (lancets)	DME	
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET GP 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 2 DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 2 NORMAL LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTRIP LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,2,3 SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
VIVAGUARD INO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
VIVAGUARD INO SMART GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
VIVAGUARD LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
WAVESENSE AMP KIT (blood-glucose meter)	DME	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
WAVESENSE PRESTO (blood-glucose meter)	DME	
WAVESENSE PRESTO KIT (blood-glucose meter)	DME	
Periodontal Product - Anti-Infectives - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Tier 2	
Steroidal Antibiotics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,automated dosing,BT with controller)	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, bluetooth)	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart,automated dosing,BT,G6/G7 with controller)	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,subcut automated dosing,BT,G6/G7)	Tier 2	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,radio freq)	Tier 2	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous infusion,BT and controller)	Tier 2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,bluetooth)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 10 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 15 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 20 units/day, disposable)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 25 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 35 units/day, disposable)	Tier 2	
V-GO 20 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 20 unit, disposable)	Tier 2	
V-GO 30 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable)	Tier 2	
V-GO 40 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable)	Tier 2	
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)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Almohadillas De Gasa Y Vendajes - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 9 X 9 " (foam bandage)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CURAD XEROFORM PETROLATM DRESS TOPICAL BANDAGE 1 X 8 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
CURITY IODOFORM PACKING STRIP TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/2 X 5 "-YARD, 1/4 X 5 "-YARD, 2 X 5 "-YARD (iodoform)	Tier 2	
PETROLEUM GAUZE TOPICAL BANDAGE (petrolatum,white)	Tier 2	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Tier 2	
XEROFORM NON-OCCLUSIVE TOPICAL BANDAGE 4 X 3 "-YARD (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
XEROFORM PETROLATUM DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 2 X 2 ", 4 X 3 "-YARD, 4 X 4 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
XEROFORM TOPICAL BANDAGE 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Bomba Subcutánea De Insulina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ILET INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	
MINIMED 630G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
MINIMED 770G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED 780G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Comb. De Azúcar En Sangre-Cetonas Suministros De Pruebas - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CARETOUCH KETONE-GLUCOSE MONIT DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA 6 CONNECT MULTIFUNCTN MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA GTEL MULTI-FUNCTN MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G ADV MOBILE MULTI MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
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 D10 KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
FORA D15 GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
Suministros Médicos Y Dme - Dispositivos Ventiladores De Trompa De Eustaquio/Oído Medio - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
EAR POPPER INFLATION DEVICE NASAL DEVICE (middle ear inflation device)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Equipos De Extracción De Sangre Con Anestesia Local - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT KIT 21 GAUGE X 3/4" -2.5 %-2.5 % (blood collection set/lidocaine/prilocaine)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIDO BDK KIT 21 GAUGE X 1"- 2.5 %-2.5 % (blood collection set/lidocaine/prilocaine)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Medias De Compresión - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Tier 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG (compression stocking,knee high,long length,small circumferen)	Tier 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR (compression stocking, knee high, regular length, small)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Medidores De Flujo Máximo - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AEROGear ACTION ASTHMA KIT KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	DME	
AIRZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ASTHMA CHECK METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	DME	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
IN-CHECK NASAL WITH MASK DEVICE (peak flow meter)	DME	
IN-CHECK ORAL FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
MICROLIFE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PERSONAL BEST LOW RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PIKO 1 DEVICE (peak flow meter)	DME	
POCKET PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
STRIVE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
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	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ACCU-TREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
BREEZE 2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic, disc-type)	DME	
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CHOICEDM CLARUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE PRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY PLUS II TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY STEP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE G3 TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EZ SMART PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA D15G STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA D20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA G20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA G30-PREMIUM V10 TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V12 GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V30A STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORACARE GD20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE INSULINX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GENULTIMATE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GM100 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GOODLIFE AC-302 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
IGLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
INFINITY TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
MYGLUCOHEALTH STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ON CALL PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ON CALL VIVID TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
OPTIUM EZ STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
OPTIUM TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
OPTUMRX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PHARMACIST CHOICE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION PCX TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION XTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PREMIER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PREMIUM V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRODIGY NO CODING STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PTS PANELS EGLU TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
QUINTET AC STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
REFUAH PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RELION ULTIMA STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
REVEAL TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GS250S TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GS260 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GS700 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST MAX TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
SMARTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TD GOLD TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TELCARE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TEST N'GO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE METRIX PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TRUETEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TRUETRACK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ULTRATRAK STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
UNISTRIP1 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
WAVESENSE JAZZ STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
WAVESENSE PRESTO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Administración Subcutánea - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
INSUFLOIN INFUSION SET 25 X 18 MM (subcutaneous administration set)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Asistencia De Concepción - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CONCEPTION KIT (conception assistance supplies combination no.1)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Monitoreo De Glucosa Y Administración De Insulina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AUTOSOFT 30 INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION PACK 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SILHOUETTE 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SILHOUETTE 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SILHOUETTE 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SILHOUETTE 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SURE T 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED SURE T 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SURE T 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
TRUSTEEL INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
VARISOFT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
VARISOFT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
VARISOFT INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Pruebas De Coagulación De Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
COAGUCHEK XS (prothrombin time/INR test meter)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Terapia De Respiración - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM DEVICE (mucus clearing device)	Tier 2	
AEROCHAMBER MINI SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROCHAMBER MV SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AERONEB GO (nebulizer accessories)	Tier 2	
AEROTRACH PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROVENT PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
ALL FLOW 1000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 3000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 3000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 4000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALL FLOW 4000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 5000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 5000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 6000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT (nebulizer accessories)	Tier 2	
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Tier 2	
COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
DEVILBISS PULMONEB LT COMP-NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
EBASE CONTROLLER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE DELUXE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE ELEGANCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE ESSENCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE MINI DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
INSPIRATION ELITE FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
MICROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
MICROSPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
<i>nebulizer and compressor device</i>	Tier 2	
NOSE CLIP (nebulizer accessories)	Tier 2	
OMBRA COMPRESSOR SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Tier 2	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Tier 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Tier 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PARI SINUS AEROSOL SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PARI TREK S PORTABLE PWR KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PEDIATRIC BEAR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC DINOSAUR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC DOG NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC FROG NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 2	
PILLOW MASK CHILD (nebulizer accessories)	Tier 2	
POCKET CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
PORTABLE NEBULIZER SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PRIMEAIRE SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Tier 2	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Tier 2	
PROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC SPRINT DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM (nebulizer accessories)	Tier 2	
PROVENT NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Tier 2	
PROVENT STARTER NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Tier 2	
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PUREAIR MINI NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
QUAKE VIBRATORY PEP DEVICE (mucus clearing device)	Tier 2	
REUSABLE NEBULIZER KIT KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
RUBBER MOUTHPIECE (nebulizer accessories)	Tier 2	
SAMI THE SEAL DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
SAMI THE SEAL MASK (nebulizer accessories)	Tier 2	
SIDESTREAM MASK (nebulizer accessories)	Tier 2	
SILICONE MASK (nebulizer accessories)	Tier 2	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 2	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 2	
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLR SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
WILLIS THE WHALE COMPRESSR NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros Dentales Otros - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
Q-CARE RX Q2 KIT 0.12 % (dental suction device/chlorhexidine/dental swab 1/mouthwash)	Tier 2	
Q-CARE RX Q4 KIT 0.12 % (dental suction device/chlorhexidine gl/dental swab comb no.1)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Tratamientos Para Cicatrices - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CELACYN TOPICAL GEL WITH PUMP (emollient combination no.60)	Tier 2	
CELLPAD TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
CICASIL TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
CICATRACE PAD TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
DERM-SILK TOPICAL PAD 2.5 X 2 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KELOTOP TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
NUVA III TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
NUVAGEL TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
NUVAZIL II TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
PROSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SCARCARE TOPICAL KIT 2 X 5.5 " (gel-matrix pad, silicone-dimethicone-dime-decameoct-oct-vit E)	Tier 2	
SCARCIN PAD PLUS TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SCARCINPAD TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SCARHEAL TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Tier 2	
SCARSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SILADERM TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
SILADONE TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Tier 2	
SILINOIN TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
SIL-K TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SILTREX TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SKARLITE TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SZOSIL TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
SZOSIL TOPICAL STRIP 1.4 X 6 " (silicone adhesive)	Tier 2	
ZILACAINE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/silicone, adhesive)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Vendas De Gasa - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36 " (gauze bandage)	Tier 2	
Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics		
Adyuvante Farmacéutico - Adyuvantes De Vacunas		
VAXCHORA BUFFER COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (cholera vaccine buffer component)	Tier 2	
Adyuvante Farmacéutico - Agentes Anticorrosivos		
<i>butylated hydroxytoluene powder</i>	Tier 2	
Adyuvante Farmacéutico - Agentes De Suspensión		
<i>hydroxypropyl cellulose powder</i>	Tier 2	
<i>hypromellose powder</i>	Tier 2	
METHOCEL E 4 M POWDER (hypromellose)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Adyuvante Farmacéutico - Agentes Saborizantes		
<i>ethyl acetate liquid</i>	Tier 2	
Adyuvante Farmacéutico - Base De Pastilla Troche/Suave		
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2 POWDER (troche base no.247)	Tier 2	
Adyuvante Farmacéutico - Capsulas De Hipromelosa (Vacías)		
CAPSULE #3 (HYPROMELLOSE) ORAL CAPSULE (hypromellose capsules (empty))	Tier 2	
Adyuvante Farmacéutico - Excipientes De Capsulas		
CAPSUBLEND-H POWDER (cellulose/silica gel/mannitol/magnesium stearate)	Tier 2	
Adyuvante Farmacéutico - Tabletas		
<i>cellulose (bulk) powder</i>	Tier 2	
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos De Inhalación		
HYPER-SAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3.5 % (sodium chloride for inhalation)	Tier 2	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3 % (sodium chloride for inhalation)	Tier 1	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 6 % (sodium chloride for inhalation)	Tier 2	
<i>sodium chloride inhalation solution for nebulization 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos Orales		
MX-SOL SF ORAL LIQUID (compounding vehicle sugar-free no.9)	Tier 2	
<i>sorbitol solution 70 %</i>	Tier 2	
SYRPALTA VEHICLE ORAL SYRUP (compounding vehicle syrup no.15)	Tier 2	
UNISPEND ANHYDROUS SWEET ORAL SUSPENSION (compound vehicle suspension sugar-free no.24)	Tier 2	
Dermatological - Antifungal Combinations		
<i>citric acid anhydrous (bulk) granules 100 %</i>	Tier 2	
Dermatological - Antipruritics		
<i>polysorbate 80 solution</i>	Tier 2	
Dermatological - Antipsoriatic Combinations		
GEL VEHICLE FOR NEXOBRID TOPICAL GEL (vehicle gel for anacaulase-bcdb)	Tier 2	
Dermatological - Antiseborrheic Products And Combinations		
PCCA SUSPENDIT ANHYDROUS TOPICAL LIQUID (liquid base no.261)	Tier 2	
Dermatological - Antiviral, Herpes		
CAPSULE #1 ORAL CAPSULE (gelatin capsules (empty))	Tier 2	
Dermatological - Nsaid Combinations		
GELMIX ORAL POWDER (maltodextrin/carob)	Tier 2	
GELMIX ORAL POWDER IN PACKET (maltodextrin/carob)	Tier 2	
PURATHICK ORAL POWDER (maltodextrin/tara gum)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PURATHICK ORAL POWDER IN PACKET (maltodextrin/tara gum)	Tier 2	
SIMPLYTHICK ORAL GEL IN PACKET 4 GRAM (xanthan gum)	Tier 2	
THICK AND EASY ORAL POWDER (starch)	Tier 2	
THICK AND EASY ORAL POWDER IN PACKET (starch)	Tier 2	
Dermatological Antipruritics - Antihistamines		
<i>methylene blue (bulk-solid) powder</i>	Tier 2	
Miotics - Direct Acting		
<i>olive oil oil</i>	Tier 1	
Ophthalmic - Miotics		
<i>isopropyl alcohol solution 70 %, 91 %, 99 %</i>	Tier 2	
MURI-LUBE OIL (mineral oil, light sterile)	Tier 2	
<i>sesame oil oil</i>	Tier 2	
<i>sodium succinate powder</i>	Tier 2	
Químicos - Agentes Criopreservativos		
CRYOSERV SOLUTION 99 % (dimethyl sulfoxide)	Tier 2	
Químicos Al Granel		
<i>alum, ammonium (bulk) powder</i>	Tier 2	
<i>ascorbic acid(vitamin c)(bulk) granules 100 %</i>	Tier 2	
<i>balsam peru (bulk) liquid</i>	Tier 2	
<i>benzoin (bulk) topical tincture</i>	Tier 2	
<i>citric acid anhydrous (bulk) granules 100 %</i>	Tier 2	
<i>glutathione (bulk) powder 100 %</i>	Tier 2	
<i>guaiacol liquid</i>	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrogen peroxide (bulk) solution 30 %</i>	Tier 2	
<i>hydroxyethyl methacrylate, bulk liquid 96 %</i>	Tier 2	
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2 POWDER (troche base no.247)	Tier 2	
<i>vitamin e acetate (bulk) liquid 125 unit/ml</i>	Tier 2	
Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear		
Ótico (Oído) - Antiinfecciosos Otros - Antibiotics		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	Tier 1	
Ótico (Oído) - Combinaciones Para El Pabellón Auricular - Antibiotics		
CORTANE-B TOPICAL LOTION 1-1-0.1 % (hydrocortisone/pramoxine HCl/chloroxylenol)	Tier 2	
Ótico (Oído) - Fluoroquinolonas - Antibiotics		
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear) dropperette 0.2 %</i>	Tier 1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	Tier 1	
Pediatric Vitamins And Mineral Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	Tier 1	
Pediatric Vitamins With Fluoride And Minerals Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
CIPRO HC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.2-1 % (ciprofloxacin HCl/hydrocortisone)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Tier 1	
<i>ciprofloxacin-fluocinolone otic (ear) solution 0.3-0.025 % (0.25 ml)</i>	Tier 1	
CORTISPORIN-TC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 3.3-3-10-0.5 MG/ML (neomycin sulf/colistin sul/hydrocortisone ac/thonzonium brom)	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Tier 1	
Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein lib/liia Receptor Inhib - Antiseptics And Disinfectants		
Antiséptico - Agentes Oxidantes - Antiseptics And Disinfectants		
<i>hydrogen peroxide (bulk) solution 30 %</i>	Tier 2	
Antiséptico - Derivados Del Fenol - Antiseptics And Disinfectants		
<i>phenol liquid</i>	Tier 2	
Antiséptico - Otros - Antiseptics And Disinfectants		
<i>glutaraldehyde solution 25 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Platelet Aggregation Inhibitors - Monoclonal Agents - Antiseptics And Disinfectants		
ATRAPRO DERMAL SPRAY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003-0.004 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
DELUO TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.018 %-0.004 % -0.06 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
HYCLODEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluo/e.water)	Tier 2	
HYPOCYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
MICROCYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003 %-0.004 % -0.023 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
Platelet Aggregation Inhibitors - Phosphodiesterase Iii Inhibitors - Antiseptics And Disinfectants		
IODOFLEX TOPICAL PADS, MEDICATED 0.9 % (cadexomer iodine)	Tier 2	
IODOSORB TOPICAL GEL 0.9 % (cadexomer iodine)	Tier 2	
LUGOLS TOPICAL SOLUTION 5-10 % (iodine/potassium iodide)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STRONG IODINE TOPICAL SOLUTION 5-10 % (iodine/potassium iodide)	Tier 1	
Productos Vaginales - Drugs For Women		
Antibacteriales Vaginales - Lincosamidas - Drugs For Infections		
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (clindamycin phosphate)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clindamycin HCL, Clindamycin Palmitate HCL, Clindamycin Phosphate, Metronidazole, or Tinidazole in 365 days; QL (3 EA per 30 days)
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Tier 1	
CLINDESSE VAGINAL CREAM, EXTENDED RELEASE 2 % (clindamycin phosphate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Clindamycin Phosphate 1% gel in 120 days
XACIATO VAGINAL GEL 2 % (clindamycin phosphate)	Tier 2	
Antidiarrheal - Antiperistaltic Agents - Drugs For Women		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (progesterone, micronized)	Tier 2	
Antidiarrheals - Drugs For Women		
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	Tier 1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Estradiol and Premarin in 365 days; QL (1 EA per 90 days)
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol acetate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Estradiol and Premarin in 365 days; QL (1 EA per 84 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM (estrogens, conjugated)	Tier 2	
estradiol (Yuvafem Vaginal Tablet 10 Mcg)	Tier 1	
Antifúngicos Vaginales - Imidazoles - Drugs For Infections		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 % (butoconazole nitrate)	Tier 2	
MICONAZOLE-3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG (miconazole nitrate)	Tier 1	
Antifúngicos Vaginales - Triazoles - Drugs For Infections		
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	Tier 1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	Tier 1	
Antiprotozoarios-Antibacteriales Vaginales - Derivados De Nitroimidazol - Drugs For Infections		
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram), 1.3 % (65 mg/5 gram)</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUVESSA VAGINAL GEL 1.3 % (65 MG/5 GRAM) (metronidazole)	Tier 2	
Lubricantes Y Humectantes Vaginales - Drugs For Women		
REPLENS EXTERNAL COMFORT VAGINAL GEL (glycerin/mineral oil/polycarbophil)	Tier 2	
Mezclas Antisépticas Vaginales - Drugs For Infections		
FEM PH VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (acetic acid/oxyquinoline sulfate)	Tier 2	
RELAGARD VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (acetic acid/oxyquinoline sulfate)	Tier 2	
TRIMO-SAN JELLY VAGINAL GEL 0.025-0.01 % (oxyquinoline sulfate/sodium lauryl sulfate)	Tier 2	
Sistema Locomotor		
Fibrodysplasia Ossificans Progressiva-Retinoic Acid Receptor Agonists		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 1.5 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (palovarotene)	Tier 3	PA
Friedreich Ataxia-Nuclear Factor Erythroid-Rel.Factor2(Nrf2) Activator		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG (omaveloxolone)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Sistema Locomotor - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
Agente Antimiasténicos - Inhibidores De Colinesterasa Reversible - Drugs For Nerves And Muscles		
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	Tier 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	Tier 1	
Agentes Als - Antioxidantes/Antiinflamatorios - Drugs For Nerves And Muscles		
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Tier 3	
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Tier 3	
Agentes Antimiasténicos Otros - Drugs For Nerves And Muscles		
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG (amifampridine phosphate)	Tier 3	PA
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 16.6 MG/0.416 ML, 23 MG/0.574 ML, 32.4 MG/0.81 ML (zilucoplan sodium)	Tier 3	PA
Agentes Para Tratar Parálisis Periódica - Inhibidores De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Tier 3	PA
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG (dichlorphenamide)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
dichlorphenamide (Ormalvi Oral Tablet 50 Mg)	Tier 3	PA
Relajante Musculo Esquelético - Combinaciones De Analgésico Opioide - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Relajante Musculo Esquelético - Combinaciones De Analgésico Salicilato - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>carisoprodol-aspirin oral tablet 200-325 mg</i>	Tier 1	
orphenadrine citrate/aspirin/caffeine (Norgesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)	Tier 2	QL (4 EA per 1 day)
<i>orphenadrine-asa-caffeine oral tablet 25-385-30 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
orphenadrine citrate/aspirin/caffeine (Orphengesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
Relajante Musculo Esquelético Y Comb. De Irritante Tópico Y Antiirritante - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
CYCLOPAK KIT 5 MG-2.5 %- 2.5 % (cyclobenzaprine/lidocaine/prilocaine/glycerin)	Tier 2	
NOPIOID-LMC KIT COMBO PACK, TABLET AND PATCH 7.5 MG- 4 %-4 % (cyclobenzaprine HCl/lidocaine/menthol)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Relajante Musculo Esquelético, Salicilato, Y Comb. De Analgésico Opioide - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Sedative-Hypnotic - Antihistamine Combinations - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>dantrolene oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dantrolene oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
Sedative-Hypnotic - Antihistamines - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>baclofen oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml), 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	PA
<i>baclofen oral suspension 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Tier 1	PA
<i>baclofen oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	
<i>baclofen oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (16 EA per 1 day)
<i>carisoprodol oral tablet 250 mg, 350 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg, 375 mg, 750 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Chlorzoxazone 500mg in 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>cyclobenzaprine oral capsule, extended release 24hr 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
CYCLOTENS REFILL COMBO PACK 10 MG (cyclobenzaprine HCl/TENS unit electrodes)	Tier 2	
CYCLOTENS STARTER COMBO PACK 10 MG (cyclobenzaprine HCl/TENS unit/TENS unit electrodes)	Tier 2	
LYVISPAH ORAL GRANULES IN PACKET 10 MG, 20 MG, 5 MG (baclofen)	Tier 2	PA
<i>metaxalone oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>metaxalone oral tablet 800 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>methocarbamol oral tablet 1,000 mg</i>	Tier 1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>orphenadrine citrate oral tablet extended release 100 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral capsule 2 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral capsule 4 mg</i>	Tier 1	QL (9 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral capsule 6 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	QL (9 EA per 1 day)
Sedative-Hypnotic - Benzodiazepines - Drugs For Nerves And Muscles		
EXSERVAN ORAL FILM 50 MG (riluzole)	Tier 3	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Tier 3	PA
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Sedative-Hypnotic Combinations - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 60 MG/3 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Tier 2	PA
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML(MW 2.4 -3.6 MILLION) (hyaluronate sodium)	Tier 2	PA
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/3 ML (hyaluronate sod, cross-linked)	Tier 2	PA
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16.8 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	PA
GENVISC 850 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	PA
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SYRINGE 24 MG/3 ML (hyaluronate sodium, modified, non-crosslinked)	Tier 2	PA
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 88 MG/4 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Tier 2	PA
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	PA
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	PA
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	PA
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16 MG/2 ML (hylan G-F 20)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 2	PA
TRILURON INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	PA
TRIVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	PA
VISCO-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	PA
Spinal Muscular Atrophy - Motor Neuron 2 (Smn2) Splicing Modifier - Drugs For Nerves And Muscles		
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML (risdiplam)	Tier 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)	Tier 1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE (lancets)	DME	
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM (lancets)	DME	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	DME	
ACCU-TREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-TREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT 10 FR, 10-16 FR-", 12 FR, 12-16 FR-", 14-16 FR-", 16-16 FR-", 18-16 FR-", 6-16 FR-", 8-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT COMBO PACK 6 FR, 8 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Tier 2	
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ADVANCED GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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)	Tier 1	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS (blood-glucose meter)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM DEVICE (mucus clearing device)	Tier 2	
AEROCHAMBER MINI SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROCHAMBER MV SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROECLIPSE II NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
AEROECLIPSE XL NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	DME	
AERONEB GO (nebulizer accessories)	Tier 2	
AERONEB GO NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
AEROTRACH PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROVENT PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AGAMATRIX AMP GLUC MONITOR SYS (blood-glucose meter)	DME	
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
AGAMATRIX CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX CONTROL NORM-HI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 4 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
AIRS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
AIRZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ALKALINE BATTERIES (diabetic supplies, miscell)	DME	
ALL FLOW 1000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 3000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 3000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 4000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 4000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 5000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 5000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 6000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Tier 1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Tier 1	
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Tier 1	
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 3 X 3", 5 X 5", 7 X 7", 9 X 9" (foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN HEEL TOPICAL BANDAGE 4 1/2 X 5 1/2" (foam bandage)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALLEVYN LIFE DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 5 1/16 X 5 1/16 ", 6 1/16 X 6 1/16 ", 8 1/4 X 8 1/4 " (foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 ", 6 X 6 ", 8 X 8 " (foam bandage)	Tier 2	
ALTERA NEBULIZER HANDSET (nebulizer)	Tier 2	
ALTERA NEBULIZER SYSTEM (nebulizer)	Tier 2	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (lancets)	DME	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
AMIELLE VAGINAL TRAINER KIT (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
APOGEE IC INTERMIT CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Tier 2	
APOGEE PLUS INTERMITT CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
AQINJECT 3.0 LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
AQINJECT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
AQINJECT SAFETY NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
AQINJECT STANDARD NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Tier 2	
AQUA LANCE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
ASPYRERX DIGITAL APP (90-DAY) (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for T2DM)	Tier 2	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ASSURE ID PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE PRISM MULTI METER (blood-glucose meter)	DME	
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ASTHMA CHECK METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	DME	
AURA PORTANEB (nebulizer)	Tier 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	
AUTOLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOSOFT 30 INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION PACK 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
BARDEX I.C. FOLEY CATHETER 24 FR (catheter)	Tier 2	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Tier 1	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Tier 2	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD INSULIN SYRINGE U-500 SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe, insulin U-500 with needle, disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSYTE AUTOGUARD INFUSION SET 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter)	Tier 2	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2", 10 ML 20 X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 21 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 26 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Tier 2	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Tier 2	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (syringe with needle and cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Tier 2	
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY KIT (flash glucose sensor/blood glucose test strips/pen needles)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA DEVICE (data transfer pen cap for insulin glulisine, reusable, BT)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart (B3), reusable, BT)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro-aabc, reusable, BT)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA DEVICE (data transfer pen cap for insulin degludec, reusable, BT)	Tier 2	
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
BIOSTEP TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Tier 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	
<i>blood glucose ctl high,nml,low solution</i>	DME	
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
<i>blood-glucose meter</i>	DME	
<i>blood-glucose meter kit</i>	DME	
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (lancets with blood glucose test strips)	DME	
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE KIT (blood-glucose meter)	DME	
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 "</i>	Tier 2	
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
BREEZE 2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic, disc-type)	DME	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CAREFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
CAREONE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAREONE ULTRA THIN LANCET (lancets)	DME	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Tier 2	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CARESENS N (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ BT GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CARESENS N VOICE (blood-glucose meter)	DME	
CARESOFT LANCING DEVICE (lancing device)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CARETOUCH CONTROL SOLN L2-L3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH KETONE-GLUCOSE MONIT DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
CARETOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
CARETOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (diaphragms, contoured)	Tier 0	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Tier 2	
CELLPAD TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (diabetic supplies,miscell)	DME	PA
CHEMSTRIP BG LOG BOOK (diabetic supplies,miscell)	DME	
CHOICE DM CLARUS NORM CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CHOICEDM CLARUS (blood-glucose meter)	DME	
CHOICEDM CLARUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CHOSEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
CICASIL TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
CICATRACE PAD TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 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)	Tier 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CLEVER CHOICE MICRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT (nebulizer accessories)	Tier 2	
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Tier 2	
CLEVER CHOICE NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
CLEVER CHOICE PRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE PRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLICKFINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	DME	
COAGUCHEK XS (prothrombin time/INR test meter)	Tier 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 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT EZ PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
CONCEPTION KIT (conception assistance supplies combination no.1)	Tier 2	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT EZ METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT EZ METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR NEXT LINK 2.4 KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT LINK KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT ONE METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CONTOUR PLUS BLUE METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>covid19 test adm.by pharmacist</i>	Tier 2	
CUE COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 2	
CURAD XEROFORM PETROLATM DRESS TOPICAL BANDAGE 1 X 8 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
CURAFIL GEL WOUND TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL SPONGE 0.2 %- 2" X 2" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 2	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL STRIP 0.2 %- 1/2" X 3 FEET (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 2	
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36 " (gauze bandage)	Tier 2	
CURITY DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Tier 2	
CURITY IODOFORM PACKING STRIP TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/2 X 5 "-YARD, 1/4 X 5 "-YARD, 2 X 5 "-YARD (iodoform)	Tier 2	
DARIO BLOOD GLUCOSE MONITOR DEVICE (blood-glucose meter,for mobile device)	DME	
DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
DERM-SILK TOPICAL PAD 2.5 X 2 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
DEVILBISS PULMONEB LT COMP-NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
DEXCOM G6 RECEIVER (blood-glucose meter,continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 RECEIVER (blood-glucose meter,continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 4 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 5 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 6 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIATRUE CONTROL SOLN NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig,60 mL)	Tier 1	
DOVER COATED LATEX FOLEY COMBO PACK (urinary bag/catheterization tray)	Tier 2	
DOVER FOLEY CATHETER 24 FR (catheter)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DOVER LATEX FOLEY CATHETER 16 FR, 28 FR (catheter)	Tier 2	
DOVER RED RUBBER ROBINSON CATH 8 FR (catheter)	Tier 2	
DOVER UNIVERSAL TRAY (catheterization tray)	Tier 2	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Tier 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
DROPLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
DROPLET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 2	
DUREX AIR CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (condoms, non-latex, lubricated)	Tier 0	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
EAR POPPER INFLATION DEVICE NASAL DEVICE (middle ear inflation device)	Tier 2	
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EASY COMFORT PEN NEEDLES NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE DENTAL IRRIG SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY STEP HIGH CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASY STEP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disponible, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
EASY TRAK II CTRL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EASYGLUCO METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYGLUCO MONITORING SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASYMAX NG (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NG KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASYMAX T1 KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
EASYPOINT NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Tier 2	
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EBASE CONTROLLER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Tier 2	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EMBRACE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EMBRACE PRO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE PRO SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ENDEAVORRX (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for ADHD)	Tier 2	
ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT (feeder container with gravity set, ENFit)	Tier 2	
<i>eua patient assessment</i>	Tier 2	
EVENCARE G2 (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE G2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE G3 TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE MINI GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE PROVIEW CONTROL-L2,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVERLYWELL COVID19 HOM COLLECT (COVID-19 test specimen collection)	Tier 2	
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Tier 1	
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EZ SMART CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EZ SMART PLUS SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EZ SMART PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EZ SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FANTASY CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	Tier 0	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Tier 2	
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	Tier 0	
<i>filter needles needle 19 x 1 ", 19 x 1 1/2 "</i>	Tier 2	
FILTERED EXTENSION SET INFUSION SET (intravenous administration extension set with filter)	Tier 2	
FINGERSTIX LANCETS (lancets)	DME	
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
FLEXI-SEAL SIGNAL FMS RECTAL (fecal collector with charcoal filter/catheter/syringe)	Tier 2	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA 6 CONNECT MULTIFUNCTN MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA D10 KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
FORA D15 GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D15G STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA D20 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA D20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA G20 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA G20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA G30A (blood-glucose meter)	DME	
FORA G30-PREMIUM V10 TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA GTEL MULTI-FUNCTN MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
FORA LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
FORA LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
FORA PREMIUM V10 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TEST N'GO VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA TN'G ADV MOBILE MULTI MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V10 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA V12 GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V20 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA V20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V30A (blood-glucose meter)	DME	
FORA V30A KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA V30A STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORACARE GD20 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORACARE GD40A GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD40B GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
FORACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
FREEFLEX PLUS TRANSFER ADAPTER DEVICE 20 MM (transfer device, closed system)	Tier 2	
FREESTYLE 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE FLASH SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE FREEDOM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE INSULINX (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE INSULINX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (flash glucose scanning reader)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 READER (flash glucose scanning reader)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 READER (blood-glucose meter,continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LITE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE PRECISION NEO METER (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
FREESTYLE SIDEKICK II KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE SYSTEM KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE UNISTIK 2 (lancets)	DME	
GDRIVE KIT (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GE333 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GENULTIMATE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 2	
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD 01 HI-NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
GLUCOCARD 01 METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD SHINE METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD SHINE XL METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD VITAL KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCOM AUTOLINK (diabetic supplies, miscell)	DME	
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCOM CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
GLUCOCOM CONTROL NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GM100 KIT (blood-glucose meter)	DME	
GM100 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
GOJJI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOODLIFE AC-302 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
GOODLIFE AC-302 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	PA
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	PA
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	PA
HALO B-LOCK CLOSED LINE ADAPTR (connector luer lock, closed system)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HALO CLOSED BAG ADAPTOR (infusion adapter, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED LINE ADAPTOR (connector luer lock, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED SYRINGE ADAPTOR (needle injector, luer lock, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED VIAL ADAPTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Tier 2	
HALO VIAL CONVERTER DEVICE 13 MM (vial size converter, closed system)	Tier 2	
HARMONY CONTROL L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET (lancing device)	DME	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
HI-VOLUME PUMPING CHAMBER SET (transfer sets)	Tier 2	
HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
HYPOLANCE AST LANCING KIT (lancing device/lancets)	DME	
ID NOW COVID-19 TEST KIT KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 2	
IGLUOSE BLOOD GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
IGLUOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
ILET INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	
IN-CHECK NASAL WITH MASK DEVICE (peak flow meter)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IN-CHECK ORAL FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
INCONTROL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
INCONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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	
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
INNOSPIRE DELUXE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE ELEGANCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE ESSENCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE GO NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
INNOSPIRE MINI DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
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	
INSPIRATION ELITE FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
INSUFLON INFUSION SET 25 X 18 MM (subcutaneous administration set)	Tier 2	
INSUL-CAP (diabetic supplies,miscell)	DME	
INSUL-EZE (diabetic supplies,miscell)	DME	
<i>insulin syrlndl u100 half mark syringe 0.3 ml 31 gauge x 1/4"</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INSULIN SYRINGE MICROFINE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 0.3 ml 29 gauge x 1/2", 0.3 ml 30, 0.3 ml 30 gauge x 1/2", 0.3 ml 30 gauge x 5/16", 0.3 ml 31 gauge x 1/4", 0.3 ml 31 gauge x 15/64", 0.3 ml 31 gauge x 5/16", 0.5 ml 29 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 5/16", 0.5 ml 31 gauge x 5/16", 1 ml 27 gauge x 1/2", 1 ml 28 gauge, 1 ml 28 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 7/16", 1 ml 30 gauge x 1/2", 1 ml 30 gauge x 3/8", 1 ml 30 gauge x 5/16, 1 ml 30 gauge x 7/16", 1 ml 31 gauge x 1/4", 1 ml 31 gauge x 15/64", 1 ml 31 gauge x 5/16, 1/2 ml 27 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge, 1/2 ml 28 gauge x 1/2", 1/2 ml 29 , 1/2 ml 30 gauge, 1/2 ml 31 gauge x 1/4", 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Tier 1	
INSUPEN PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
INSYTE IV CATHETER INFUSION SET 14 X 1.75 ", 20 X 1.16 " (intravenous catheter)	Tier 2	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INTERLINK LEVER LOCK CANNULA (syringe accessory)	Tier 2	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
I-PORT (injection ports)	Tier 2	
I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT (injection ports)	Tier 2	
I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT (injection ports)	Tier 2	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
IVENIX ADMIN SET SINGLE-INLET INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
IVENIX BLOOD PRODUCT ADMIN SET BLOOD ADMINISTRATION SET (blood administration set)	Tier 2	
JAZZ WIRELESS 2 METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
KANGAROO 924 SAFETY SCREW (pump set)	Tier 2	
KANGAROO EPUMP SET (feeder container with pump set)	Tier 2	
KANGAROO GRAVITY SET (feeder container with gravity set)	Tier 2	
KELOTOP TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
KENDALL DISINFECTANT CAP (alcohol swab cap)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KENGUARD FOLEY CATHETER 18-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER TRAY (catheterization tray)	Tier 2	
KERAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
KERAGELT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
KERLIX AMD TOPICAL BANDAGE 0.2 %- 4.5" X 4.1 YARD (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 2	
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 2	
KETONE CARE STRIP (urine acetone test strips)	DME	
KETONE URINE TEST STRIP (urine acetone test strips)	DME	
KETOSTIX STRIP (urine acetone test strips)	DME	
KIMONO CONDOMS(NON-LUBRICATED) DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	DME	
LANCETS, SUPER THIN (lancets)	DME	
LANCETS, THIN , 28 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LANCETS,ULTRA THIN (lancets)	DME	
<i>lancing device</i>	DME	
LANCING DEVICE WITH LANCETS (lancing device)	DME	
<i>lancing device with lancets kit</i>	DME	
LANCING SYSTEM (lancing device)	DME	
LANZO LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
LC PLUS (nebulizer)	Tier 2	
LC PLUS NEBULIZER-PED MASK (nebulizer)	Tier 2	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
LOFRIC 12-16 FR-", 14-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
LOFRIC HYDRO-KIT COMBO PACK 14 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Tier 2	
LOFRIC ORIGO 14-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
LOFRIC PRIMO NELATON CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
LOFRIC SENSE NELATON CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Tier 2	
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
LUMINOPIA DIGITAL APP (30-DAY) (digital therapeutics, amblyopia)	Tier 2	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SAFETY NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 2	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe, safety with needle, 1 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe, safety with needle, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER 10-16 FR-", 12-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
MAHANA IBS (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for IBS)	Tier 2	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
MAXORB EXTRA TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (alginate dressing/carboxymethylcellulose)	Tier 2	
MC 300 NEBULIZER W-MOUTHPIECE (nebulizer)	Tier 2	
MC 300 NEBULIZER-UNVRSL TUBING (nebulizer)	Tier 2	
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 3/4 X 12 ", 4 X 5 " (calcium alginate/honey)	Tier 2	
MEDIHONEY (HYDROCOLLOID-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 5 " (honey/hydrocolloid dressing)	Tier 2	
MEDISENSE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
MEDPOINT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
METER-CHECK SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
MICROAIR MESH NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
MICROBORE EXTENSION SET INFUSION SET (intravenous administration extension set)	Tier 2	
MICROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
MICRODOT LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MICROLET LANCET (lancets)	DME	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MICROLIFE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
MICROSPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
MIDASPOT COVID19 ANTIBODY TEST KIT (COVID-19 IgG/IgM test cassette)	Tier 2	
MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
MINI PLUS NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
MINIMED 630G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
MINIMED 770G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
MINIMED 780G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
MINIMED MIO ADVANCE INF SET23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK-SERTER (MMT-395) (diabetic supplies, miscell)	DME	
MINIMED SILHOUETTE 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SILHOUETTE 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SILHOUETTE 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED SILHOUETTE 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SURE T 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SURE T 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SURE T 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
MONO-FLO DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Tier 2	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (syringe, disposable)	Tier 1	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (needles, blood collection)	Tier 2	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (needles, disposable)	Tier 2	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin disposable)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML , 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT LUER ADAPTER INTRAVENOUS ADMIX ACCESSORY (intravenous equipment)	Tier 2	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE (syringe with needle, disposable)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (syringe, safety with needle, 12 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE ECCENTRI LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 12 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (lancing device/lancets)	DME	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
MYGLUCOHEALTH KIT (blood-glucose meter)	DME	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
MYGLUCOHEALTH STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
NANO-CHECK COVID-19 AG TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
<i>nebulizer and compressor device</i>	Tier 2	
NERIVIO DIGITAL APP (MIGRAINE) (digital therapeutic, remote electrical neuromodulator device)	Tier 2	
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
NEXIVA INFUSION SET 18 X 1 1/4 ", 18 X 1 3/4 ", 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/4 ", 20 X 1 3/4 ", 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4", 24 X 0.56 " (intravenous catheter)	Tier 2	
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL (diaper,brief,youth,disposable)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
NOSE CLIP (nebulizer accessories)	Tier 2	
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
NOVA SUREFLEX LANCETS (lancets)	DME	
NOVAMAX PLUS GLU-KET SOLUTION (blood glucose and ketone control, normal)	DME	
NOVOFINE 32 NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
NOVOFINE PLUS NEEDLE 32 GAUGE X 1/6" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
NUVA III TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
NUVAGEL TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
NUVAZIL II TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OASIS ULTRA FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Tier 2	
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Tier 2	
OASIS WOUND MATRIX MESHED TOPICAL SHEET 5 X 7 CM, 7 X 10 CM, 7 X 20 CM (porcine acell submucosa,meshed)	Tier 2	
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
OMBRA COMPRESSOR SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,automated dosing,BT with controller)	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, bluetooth)	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart,automated dosing,BT,G6/G7 with controller)	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,subcut automated dosing,BT,G6/G7)	Tier 2	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,radio freq)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous infusion,BT and controller)	Tier 2	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (insulin pump controller)	Tier 2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,bluetooth)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 10 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 15 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 20 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 25 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 35 units/day, disposable)	Tier 2	
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ON CALL EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL EXPRESS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ON CALL LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ON CALL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ON CALL PLUS METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL PLUS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ON CALL VIVID METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID PAL METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID PAL METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ONETOUCH ULTRA2 METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH VERIO FLEX METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO FLEX START KIT (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH VERIO REFLECT KIT (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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)	Tier 2	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Tier 2	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
OPTIUM EZ STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
OPTIUM TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
OPTUMRX (blood-glucose meter)	DME	
OPTUMRX KIT (blood-glucose meter)	DME	
OPTUMRX SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
OPTUMRX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
OVAL TAPE (diabetic supplies,miscell)	DME	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML (insulin pump syringe, 1.8 mL)	Tier 1	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Tier 1	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET (nebulizer)	Tier 2	
PARI LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Tier 2	
PARI SINUS AEROSOL SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PARI TREK S PORTABLE PWR KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PCCA ACCUPEN-15 DEVICE (topical cream metered-dose device)	Tier 2	
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PEDIATRIC BEAR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC DINOSAUR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC DOG NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC FROG NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2", 30 gauge x 3/16", 30 gauge x 5/16", 31 gauge x 1/4", 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/16", 31 gauge x 5/32", 32 gauge x 1/4", 32 gauge x 3/16", 32 gauge x 5/16", 32 gauge x 5/32", 33 gauge x 1/4", 33 gauge x 3/16", 33 gauge x 5/32"</i>	Tier 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 15/32", 31 gauge x 1/3", 31 gauge x 1/6", 31 gauge x 13/64", 31 gauge x 15/64"</i>	Tier 1	
<i>pen needle, diabetic, safety needle 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/32"</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PERSONAL BEST LOW RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PETROLEUM GAUZE TOPICAL BANDAGE (petrolatum,white)	Tier 2	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 2	
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
PHARMACIST CHOICE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE DEVICE (assembly system, vial to transfer device, closed system)	Tier 2	
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (connector luer lock, closed system)	Tier 2	
PHASEAL INFUSION ADAPTER (infusion adapter, closed system)	Tier 2	
PHASEAL INFUSION CLAMP (clamp, IV tubing)	Tier 2	
PHASEAL INJECTOR LUER (needle injector, luer, closed system)	Tier 2	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (needle injector, luer lock, closed system)	Tier 2	
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHASEAL SECONDARY SET INFUSION SET (intravenous piggyback administration set)	Tier 2	
PHASEAL Y-SITE (y-site line connector, closed system)	Tier 2	
PIKO 1 DEVICE (peak flow meter)	DME	
PILLOW MASK CHILD (nebulizer accessories)	Tier 2	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PIP BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLN L1-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
PIP LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
PIP PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT (COVID-19 test specimen collection)	Tier 2	
PLATINUM GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
POCKET CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
POCKET PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
POGO AUTOMATIC BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	DME	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
PORTABLE NEBULIZER SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION (blood-glucose meter)	DME	
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION PCX TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
PRECISION XTRA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PRECISION XTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PREMIER BLU GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PREMIER VOICE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM V10 (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRESTO PRO BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
PRIMEAIRE SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT TENS ELECTRODE PAD (tens unit electrodes)	Tier 2	
PRO COMFORT TENS UNIT COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Tier 2	
PRO VOICE V8 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Tier 2	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Tier 2	
PRO-CEPTION VAGINAL (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
PROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
PRODIGY AUTOCODE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY AUTOCODE MONITOR SYST (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Tier 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Tier 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Tier 1	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRODIGY NO CODING STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRODIGY POCKET METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC SPRINT DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM (nebulizer accessories)	Tier 2	
PROSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
PROVENT NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Tier 2	
PROVENT STARTER NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Tier 2	
PTS COLLECT CAPILLARY TUBE (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
PTS PANELS EGLU TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PURACOL PLUS AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2.2 " (dressing, collagen/silver)	Tier 2	
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
PUREAIR MINI NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
QUAKE VIBRATORY PEP DEVICE (mucus clearing device)	Tier 2	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
QUICKVUE SARS ANTIGEN KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
QUINTET AC (blood-glucose meter)	DME	
QUINTET AC STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Tier 2	
RATE FLOW REGULATOR IV SET INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
RECONSTITUTE KIT (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
REFUAH PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
REGULORA IBS DIGITAL APP (digital therapeutics, cognit. behavioral therapy for IBS)	Tier 2	
RELIAMED LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
RELION ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION CONFIRM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION PRIME METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RELION ULTIMA STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RELIZORB CARTRIDGE (enteral pump accessory for fat hydrolysis)	Tier 2	
REPLICARE DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 1/2 X 2 1/2 ", 4 X 4 ", 6 X 6 ", 8 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 2	
REPLICARE THIN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 3/4 ", 3 1/2 X 5 1/2 ", 6 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 2	
REPLICARE ULTRA DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 6 X 6 ", 7 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 2	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Tier 2	
REUSABLE NEBULIZER KIT KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
REVEAL TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GC250S CNTRL SOL NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GC700 LEV 2 CTRL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIGHTEST GM250S GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GM260 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GM700SB GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GS250S TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GS260 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GS700 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GT333 LEV 2 CTRL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST MAX PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST MAX TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER 16 FR (catheter)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RUBBER MOUTHPIECE (nebulizer accessories)	Tier 2	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe w-needle 0.3 mL,insulin,safety w-self-cont.dis.unit)	Tier 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle,safety,disposal unit,0.5 mL)	Tier 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle 1 mL,insulin,safety w-self-con.disp.unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,needle,safety 1 mL,self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 mL, self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" (syringe,safety needle 10 mL and self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL, self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe 3 mL with safety needle,self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 mL, self-contained disposal unit)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 5 mL and self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Tier 2	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
SAMI THE SEAL DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
SAMI THE SEAL MASK (nebulizer accessories)	Tier 2	
SCARCIN PAD PLUS TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SCARCINPAD TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SCARHEAL TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Tier 2	
SCARSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
SECURESAFE PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SELF-CATHETER, FEMALE 14 FR (catheter)	Tier 2	
SIDESTREAM (nebulizer)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIDESTREAM MASK (nebulizer accessories)	Tier 2	
SIDESTREAM NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
SIDESTREAM PLUS (nebulizer)	Tier 2	
SILADERM TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
SILADONE TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Tier 2	
SILASTIC FOLEY CATHETER 20 FR (catheter)	Tier 2	
SILICONE MASK (nebulizer accessories)	Tier 2	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
SILINOIN TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
SIL-K TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SILTREX TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SINGLE-LET (lancets)	DME	
SINUSTAR NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
SKARLITE TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
SMART SENSE MONITORING SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMARTDIABETES VANTAGE (lancing device)	DME	
SMARTEST CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
SMARTEST EJECT KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST LANCET (lancets)	DME	
SMARTEST PERSONA GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PERSONA STARTER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PRONTO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PRONTO STARTER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PROTEGE KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST SMART CODE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST TALKING METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Tier 2	
SOFT TOUCH LANCETS (lancets)	DME	
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: 07/01/2024

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	
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
SOOTHENEB MESH NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
SPECTRAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
SPEEDICATH (FEMALE) 16 FR (catheter)	Tier 2	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
STRATACTX TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
STRATAGRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
STRATAXRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
STRIVE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SUPPOSITORY SHELL, SMALL DEVICE (suppository mold)	Tier 2	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE COMFORT LANCING PEN (lancing device)	DME	
SURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE-FINE PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
SUREFLEX DEVICE WITH LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
SUREFLEX LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE-PEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER (blood-glucose meter)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
SURE-TOUCH LANCET (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" (needles, safety)	Tier 2	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
<i>syringe (disposable) syringe 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Tier 1	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 21 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 gauge x 1 1/2"</i>	Tier 1	
<i>syringe with needle, safety syringe 0.5 ml 30 gauge x 1/2"</i>	Tier 1	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (syringe, disposable)	Tier 1	
SZOSIL TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
SZOSIL TOPICAL STRIP 1.4 X 6 " (silicone adhesive)	Tier 2	
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Tier 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG (compression stocking,knee high,long length,small circumferen)	Tier 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR (compression stocking, knee high, regular length, small)	Tier 2	
T:FLEX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Tier 2	
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	
TD GOLD BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
TD GOLD LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
TD GOLD TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TD GOLD VOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
TECHLITE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Tier 1	
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
TECHLITE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TELCARE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
TELCARE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze)	DME	
TEMPO SMART BUTTON DEVICE (data transfer accessory (insulin pen), bluetooth)	Tier 2	
TEMPO WELCOME KIT KIT (blood glucose meter/insulin data transf accessory, bluetooth)	Tier 2	
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Tier 2	
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Tier 2	
TENSURE ITOUCH SURE VAGINAL DEVICE (incont device,muscle toner,elt)	Tier 2	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Tier 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
TEST N'GO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
THERAHOONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Tier 2	
THIN LANCETS 26 GAUGE (lancets)	DME	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 2	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 2	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (syringe, disposable irrigation, 70 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (lancets)	DME	
TOUCH-TROL 10 FR (catheter)	Tier 2	
TRANSFER SET (transfer sets)	Tier 2	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
TRUE COVER CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
TRUE METRIX PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUEDRAW LANCING DEVICE (lancing device)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUEPLUS KETONE STRIP (urine acetone test strips)	DME	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
TRUEPLUS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TRUNEB NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
TRUSTEEL INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUSTEEL INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Tier 1	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
ULTICARE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2", 0.3 ML 31 X 5/16" (syringe with needle,insulin disposable,0.3 mL/empty containr)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16" (syringe with needle, insulin,1 mL and sharps container)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 1/2 ML 30 X 1/2", 1/2 ML 31 X 5/16" (syringe-needle,insulin,0.5 mL/container,empty)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Tier 1	
ULTI-LANCE (lancing device)	DME	
ULTI-LANCE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ULTIMA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA TLC LANCETS (lancets)	DME	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRACARE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ULTRATRAK STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET GP LANCET (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNILET 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	
UNISTRIP1 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Tier 2	
VARISOFT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VARISOFT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
VARISOFT INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
VARITHENA ADMINISTRATION PACK (transfer set/syringe, disposable/bandages,compression/tubing)	Tier 2	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
VERIFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Tier 1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
V-GO 20 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 20 unit,disposable)	Tier 2	
V-GO 30 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable)	Tier 2	
V-GO 40 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable)	Tier 2	
VIBRANT ORAL CAPSULE (vibrating transient device for constipation)	Tier 2	
VIBRANT STARTER KIT COMBO PACK (vibrating transient device for constipation)	Tier 2	
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,2,3 SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
VIVAGUARD INO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
VIVAGUARD INO SMART GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
VIVAGUARD LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
VIXONE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIXONE NEBULIZER-ADULT MASK (nebulizer)	Tier 2	
VIXONE NEBULIZER-PEDIATRIC MSK (nebulizer)	Tier 2	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLR SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
WAVESENSE AMP KIT (blood-glucose meter)	DME	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
WAVESENSE JAZZ STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
WAVESENSE PRESTO (blood-glucose meter)	DME	
WAVESENSE PRESTO KIT (blood-glucose meter)	DME	
WAVESENSE PRESTO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WILLIS THE WHALE COMPRESSOR NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
XENOVUE EMPTY DELIVERY BAG (inhalation bag with mouthpiece)	Tier 2	
XEROFORM NON-OCCLUSIVE TOPICAL BANDAGE 4 X 3 "-YARD (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
XEROFORM PETROLATUM DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 2 X 2 ", 4 X 3 "-YARD, 4 X 4 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
XEROFORM TOPICAL BANDAGE 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
ZENPHOR TOPICAL BANDAGE 2 X 4.7 " (gel dressing)	Tier 2	
ZENPHOR TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals		
Ophthalmic - Anti-Inflammatory, Glucocorticoids - Vitamins And Minerals		
<i>st. john's wort oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<i>st. john's wort oral capsule 350 mg</i>	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Ophthalmic - Gonioscopic Solutions - Vitamins And Minerals		
<i>acetylglucosamine oral capsule 700 mg</i>	Tier 1	
COSAMIN AVOCA (WITH BOSWELLIA) ORAL TABLET 500-500-33.3-70 MG (glucosamine HCl/methylsulfonylmethane/Boswellia/herbal 182)	Tier 2	
<i>glucosam-chondr-c-mang citrate oral capsule 375-300-15-0.25 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosam-chondr-msm-c-manganes oral capsule 375-300-75-15 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosam-chondr-vit c-mn-boron oral tablet 750-600-30-1 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosamine 2kcl-msm-chondroit oral tablet 500-166.6-400 mg</i>	Tier 2	
<i>glucosamine hcl-hyaluronic oral tablet 1,000-1.65 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosamine sulfate oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosamine sulfate oral tablet 1,000 mg</i>	Tier 1	
GLUCOSAMINE-CHONDR-D3 (C-MANG) ORAL CAPSULE 500-400-667 MG-MG-UNIT (glucosamine/chondr-collagen complex/vit D3/vit C/manganese)	Tier 2	
GLUCOSAMINE-CHONDROITIN 3X ORAL TABLET 750-625-30 MG (glucosamine/chondroitin-msm no.1/C/manganese/boswellia serrata)	Tier 1	
<i>glucosamine-chondroitin oral capsule 500-400 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosamine-d3-hyaluronic acid oral tablet 1,000 mg- 25 mcg-1.65 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>glucosamine-msm-chondr-d3-bosw oral tablet 25 mcg-937.5 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosamine-msm-hyaluron acid oral tablet 500-500-1.1 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosam-msm-chond-hrb149-hyal oral tablet 500-500-66.7 mg</i>	Tier 1	
INVIGOFLEX AMPM ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 750 MG-600 MG- 50 MG-125 MG (glucosamine dipot chl/chondroitin sul A Na/Boswell/turmeric)	Tier 2	
INVIGOFLEX CS ORAL TABLET 600-125 MG (chondroitin sulfate/turmeric)	Tier 2	
INVIGOFLEX D ORAL POWDER IN PACKET 1,500 MG (glucosamine sulfate)	Tier 2	
INVIGOFLEX GS ORAL TABLET 750-50 MG (glucosamine sulfate dipotassium chlor/Boswellia serrata ext)	Tier 2	
MOVE FREE PLUS MSM ORAL TABLET 500 MG-66.7 MG- 500 MG-1.1 MG (glucosamine/chondroitin/msm/hyaluronic ac/calc fructoborate)	Tier 2	
MOVE FREE PLUS MSM-VIT D3 ORAL TABLET 750 MG-100 MG- 25 MCG (glucosamine/chondroitin/msm/D3/hyaluronic acid/cal borate)	Tier 2	
SUPERIOR JOINT SUPPORT ORAL TABLET 300-100-100-50 MG (glucosam/chondr/msm/collag/Boswell/turmeric/pancr/querc /brom)	Tier 2	
SYNOVX DJD ORAL CAPSULE 150 MG-150 MG- 250 MG-19 MG (glucosamin/chondroitin/msm/vit C/manganese/hyaluronic/mussel)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYNOVX RECOVERY ORAL CAPSULE 375-300-237.5 MG (glucosamine sulfate sodium/chondroitin sulfate sodium/msm)	Tier 2	
Ophthalmic - Intraocular Pressure Reducing Agents, Beta-Blockers - Vitamins And Minerals		
<i>melatonin oral drops 1 mg/4 ml</i>	Tier 2	
<i>melatonin oral drops 10 mg/ml, 3 mg/4 ml</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral lozenge 5 mg</i>	Tier 2	
<i>melatonin oral tablet extended release 10 mg</i>	Tier 1	
SLOWMAG MG CALM-SLEEP ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 1-71.5 MG (melatonin/magnesium citrate)	Tier 2	
Ophthalmic-Intraocular Pressure Reducing Agents, Prostaglandin Analogs - Vitamins And Minerals		
SLEEP TONITE VALERIAN ORAL TABLET 750-100-25 MG (valerian xt/passion flower/hops/chamomile flower/skullcap)	Tier 2	
SYNOVX CALM ORAL CAPSULE 100-30-15-40 MG (valerian rt/passion flower/hops/cherry/magnesium comb/potass)	Tier 2	
<i>tryptophan oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
<i>valerian root-valerian root xt oral capsule 400-110 mg</i>	Tier 2	
<i>valerian-flower-hops-lemon oral capsule 450-100 mg</i>	Tier 2	
Terapia Alternativa - Agentes Androgénicos - Vitamins And Minerals		
DHEA ORAL TABLET 25 MG (prasterone (DHEA))	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prasterone (dhea) oral capsule 25 mg</i>	Tier 1	
<i>prasterone (dhea) oral tablet 10 mg</i>	Tier 2	
<i>prasterone (dhea) oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	
Terapia Alternativa - Agentes De Tos Y Resfriado - Vitamins And Minerals		
BABY COUGH ORAL SYRUP 4 GRAM-45 MG- 9 MG/3 ML (agave extract/thyme leaf extract/English ivy extract)	Tier 2	
BABY COUGH-MUCUS ORAL SYRUP 4 GRAM- 21 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract)	Tier 2	
KINDERMED INFANTS COUGH PLUS ORAL SYRUP 4 GRAM- 21 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract)	Tier 2	
KINDERMED INFANTS NIGHT COUGH ORAL LIQUID 4 GRAM-21 MG- 4 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract/chamomile flower ext)	Tier 2	
Terapia Alternativa - Antioxidantes - Vitamins And Minerals		
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH ORAL CAPSULE 250-5-1 MG (vit C,E,zinc,copper 11/omega-3/dha/epa/fish/lutein/zeaxanth)	Tier 1	
ALAMAX CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 600 MG- 450 MCG (alpha lipoic acid/biotin)	Tier 2	
ALAMAX PROTECT ORAL CAPSULE 125 MG-95 MCG-250 MG (alpha lipoic acid/biotin/berberine chloride)	Tier 2	
<i>alpha lipoic acid oral capsule 100 mg</i>	Tier 2	
<i>alpha lipoic acid oral capsule 200 mg</i>	Tier 1	
<i>alpha lipoic acid oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<i>alpha lipoic acid oral tablet extended release 600 mg</i>	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>alpha lipoic acid-biotin oral capsule 300 mg- 333 mcg</i>	Tier 1	
ALPHA LIPOIC SUSTAIN-BIOTIN ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 300 MG- 330 MCG (alpha lipoic acid/biotin)	Tier 2	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM) ORAL TABLET 8,333-167-133 UNIT-MG-UNIT (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/selenium yeast)	Tier 2	
<i>bilberry frt ext-grape skin xt oral capsule 80-200 mg</i>	Tier 1	
CAROTENALL ORAL CAPSULE 600 MCG-500 MCG -10 MG-10 MG (beta, alpha-carotene/gamma toco/lycop/lutein/zeaxanth/astaxan)	Tier 2	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN ORAL TABLET 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG (beta-carotene(A) w-C and E/lutein/minerals)	Tier 1	
EYE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/zinc oxide/cupric oxide)	Tier 1	
<i>glutathione (bulk) powder 100 %</i>	Tier 2	
HEALTHY EYES LUTEIN-ZEAXANTHIN ORAL CAPSULE 60 MG-13.5 MG- 15 MG-2 MG-6 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Tier 1	
HEALTHY EYES SUPERVISION2 ORAL CAPSULE 250-90-10-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Tier 2	
I-SIGHT ORAL CAPSULE 15 MG-100 MG-75 MG-50 MG (lutein/a-cysteine/ALA/quercet/zinc/taurine/bilberry/lycopene)	Tier 2	
LIVER PROTECT ORAL CAPSULE 200-200-262.5 MG (acetylcysteine/alpha lipoic/milk thistle/selenomethionine)	Tier 2	
<i>lutein oral capsule 20 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lutein-zeaxanthin oral capsule 20-4 mg, 40-1,600 mg-mcg</i>	Tier 1	
<i>lutein-zeaxanthin oral capsule 25-5 mg</i>	Tier 1	
<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext oral capsule 20-1-2.2 mg</i>	Tier 2	
MACULAPF ORAL CAPSULE 10-20-13-4 MG (choline/lutein/zeaxanthin/astaxanthin)	Tier 2	
MITOPRIME ORAL CAPSULE 12.5 MG (ergothioneine)	Tier 2	
NUMAQUA VITAMIN ORAL TABLET 333 MCG-3 MG-0.67 MG (multivitamin with minerals/folic acid/lutein/zeaxanthin)	Tier 2	
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV ORAL CAPSULE 200 MCG-15 MCG- 5 MG-1 MG (multivitamin-minerals/folic acid/vit K/lutein/zeaxanthin)	Tier 2	
PRESERVISION AREDS-2 ORAL CAPSULE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Tier 1	
PRESERVISION AREDS-2 ORAL TABLET, CHEWABLE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Tier 2	
<i>r-lipoic acid-biotin oral capsule 100 mg-150 mcg</i>	Tier 1	
VISION HEALTH ORAL CAPSULE 250-90-40-2-5 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Tier 1	
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE 66.6MG-3.33MCG-3.33 MG-0.66 MG (vitamin B complex/vit C/selenium/lutein/zeaxanthin/herb 253)	Tier 2	
VISTA ADVANCED AREDS2 ORAL CAPSULE 250-137.5-12.5 MG (vit C/vit E/zinc/copper/selen/lutein/zeaxanthin/glutathione)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Alternativa - No Clasificado - Vitamins And Minerals		
ACAI BERRY DIET ORAL CAPSULE 250 MG-20 MCG- 80 MG-50 MG (acai berry extract/chromium/green tea/caffeine/enzymes)	Tier 2	
ADVANCED HERBALS GINGER ORAL TABLET,CHEWABLE 15 MG (ginger root extract)	Tier 2	
ADVANCED HERBALS NAUSEA MUCOUS MEMBRANE LOZENGE 15.625-12.5 MG (ginger root extract/ashwagandha root extract)	Tier 2	
<i>ashwagandha extract oral capsule 120 mg</i>	Tier 1	
<i>ashwagandha extract oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	
<i>ashwagandha root extract oral capsule 300 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>ashwagandha root extract oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	
ATRANTIL ORAL CAPSULE 275 MG (tannic acid/horse chestnut seed xt/peppermint leaf xt)	Tier 2	
AZO CRANBERRY PLUS PROBIOTIC ORAL TABLET 250-30-15 MG (cranberry fruit concentrate/ascorbic acid/Bacillus coagulans)	Tier 2	
AZO CRANBERRY PLUS VIT C ORAL CAPSULE 250-60 MG (cranberry fruit extract/ascorbic acid)	Tier 2	
AZO MEN ORAL CAPSULE 500 MG (pumpkin seed extract)	Tier 2	
<i>balsam peru (bulk) liquid</i>	Tier 2	
BERGACOR ORAL TABLET 650 MG (bergamot extract)	Tier 2	
BERGACOR PLUS ORAL TABLET 400-250 MG (bergamot extract/Indian gooseberry extract)	Tier 2	
<i>bitter melon extract oral tablet 750 mg</i>	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>borage seed oil oral capsule 1,200 mg</i>	Tier 2	
BOWEL SUPPORT-IRRITABLE BOWEL ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) (peppermint oil)	Tier 2	
CANDICIDAL ORAL CAPSULE 100 MG-150 MG- 50 MG-150 MG (turmeric/ginger/olive/oregano/sodium caprylate)	Tier 2	
<i>cinnamon bark extract oral tablet 500 mg</i>	Tier 2	
CITRUS BERGAMOT ORAL CAPSULE 500 MG (bergamot extract)	Tier 2	
CORTISOLV ORAL CAPSULE 150-250-50-50 MG (ashwagandha/magnolia brk/Phellod/banaba lf/maral rt/theanine)	Tier 2	
<i>cranberry conc-ascorbic acid oral capsule 300-100 mg, 4,200-20 mg</i>	Tier 2	
<i>cranberry extract oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	
<i>cranberry extract oral tablet 500 mg</i>	Tier 2	
<i>cranberry fruit concentrate oral tablet, disintegrating 125 mg</i>	Tier 2	
<i>cranberry fruit oral capsule 465 mg</i>	Tier 2	
CRANBERRY URINARY TRACT HEALTH ORAL TABLET 250-30-3.5 MG (cranberry fruit concentrate/ascorbic acid/Bacillus coagulans)	Tier 2	
CRANRX ORAL CAPSULE 500 MG (cranberry fruit concentrate)	Tier 2	
<i>curcumin-phosphatidylcholine oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	
CURCUPLEX-95 ORAL CAPSULE 500 MG (turmeric root extract)	Tier 2	
<i>dandelion root oral capsule 525 mg</i>	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIGESTIVE SUPPORT ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 100-21.5 MG (caraway seed extract/levomenthol)	Tier 1	
DRAMAMINE GINGER ORAL TABLET, CHEWABLE 15 MG (ginger root extract)	Tier 2	
DRAMAMINE NON-DROWSY ORAL CAPSULE 500 MG (ginger)	Tier 2	
<i>echinacea oral capsule 125 mg</i>	Tier 2	
<i>echinacea oral capsule 400 mg</i>	Tier 1	
<i>echinacea purp aerial part ext oral capsule 65 mg</i>	Tier 2	
<i>elderberry fruit oral capsule 350 mg</i>	Tier 2	
ELLURA ORAL CAPSULE 206 MG (cranberry fruit extract)	Tier 2	
ESTROVEN CMPLT MENOPAUSE RLF ORAL TABLET 4 MG (rhubarb root extract)	Tier 2	
ESTROVERA ORAL TABLET 4 MG (rhubarb root extract)	Tier 2	
<i>evening primrose oil oral capsule 1,300 mg</i>	Tier 2	
<i>fenugreek seed oral capsule 610 mg</i>	Tier 2	
FLASHARREST ORAL CAPSULE 96.5 MG (hops extract/spruce fir extract)	Tier 2	
<i>flaxseed oil oral capsule 1,000 mg</i>	Tier 2	
<i>garlic extract oral tablet 400 mg</i>	Tier 2	
<i>garlic oral capsule 1,000 mg</i>	Tier 2	
GARLIX ORAL CAPSULE 650 MG (garlic extract)	Tier 2	
<i>gelatin oral capsule 650 mg</i>	Tier 1	
<i>ginger (zingiber officinalis) oral capsule 550 mg</i>	Tier 2	
<i>ginkgo biloba leaf extract oral capsule 120 mg, 125 mg</i>	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GINKGO BILOBA PLUS (BACOPA) ORAL CAPSULE 120-40 MG (ginkgo biloba leaf extract/bacopa leaf extract)	Tier 2	
GLUCOSA IMMUNE BOOSTER ORAL CAPSULE (herbal complex no.306)	Tier 2	
<i>green tea leaf extract oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	
GREEN TEA-600 ORAL CAPSULE 600 MG (green tea leaf extract)	Tier 2	
HORMONE PROTECT ORAL CAPSULE 150-30 MG (diindolylmethane/broccoli seed extract)	Tier 2	
<i>licorice root (g.glabra) oral capsule 450 mg</i>	Tier 1	
MEDCAPS MENOPAUSE ORAL CAPSULE (herbal complex no.321)	Tier 2	
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6) oral tablet 5-1 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet extended release 5-10 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet, ir and er, biphasic 10-10 mg, 5-10 mg</i>	Tier 1	
MENOFEM ORAL CAPSULE (herbal complex no.323)	Tier 2	
<i>milk thistle oral capsule 150 mg</i>	Tier 2	
<i>milk thistle sd ext-blessed th oral capsule 175-120 mg</i>	Tier 2	
<i>milk thistle seed extract oral capsule 250 mg</i>	Tier 2	
MIND AND MEMORY ORAL CAPSULE 100-100 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Tier 2	
MOVE FREE ULTRA TURMERIC-TAMAR ORAL TABLET 250 MG (tamarindus indica seed/turmeric root extract)	Tier 2	
MYROSINASE ORAL CAPSULE 287.5 MG (mustard seed)	Tier 2	
NEURIVA DE-STRESS ORAL CAPSULE 100-200-10 MG (coffee extract/theanine/superoxide dismutase)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEURIVA ORIGINAL ORAL CAPSULE 100-100 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Tier 2	
NEURIVA ORIGINAL ORAL TABLET,CHEWABLE 50-50 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Tier 2	
NRF2 ACTIVATOR ORAL CAPSULE 200-200-50-30 MG (turmeric xt/green tea xt/pterostilbene/broccoli seed xt)	Tier 2	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (flaxseed)	Tier 2	
ONCOPLEX ES ORAL CAPSULE 100 MG (broccoli seed extract)	Tier 2	
ONCOPLEX ORAL CAPSULE 30 MG (broccoli seed extract)	Tier 2	
ORAXINOL ORAL CAPSULE 500 MG (herbal complex no.319)	Tier 2	
<i>oregano oil-flaxseed oil oral capsule 50-25 mg</i>	Tier 2	
PMS SOOTHE ORAL CAPSULE (herbal complex no.327)	Tier 2	
<i>pterostilbene oral capsule 50 mg</i>	Tier 2	
<i>red beet root-sour cherry ext oral tablet,chewable 250-0.5 mg</i>	Tier 2	
<i>red yeast rice extract oral capsule 55 mg</i>	Tier 2	
<i>red yeast rice oral capsule 600 mg</i>	Tier 2	
REMIFEMIN MENOPAUSE ORAL TABLET 2.5 MG (black cohosh root extract)	Tier 2	
<i>resveratrol-ascorbic acid oral capsule 100-100 mg</i>	Tier 2	
SALOXICIN ORAL CAPSULE 60-25-20 MG (willow bark ext/Boswellia serrata ext/herbal complex no. 322)	Tier 2	
SAMBUCUS ELDERBERRY ORIGINAL ORAL SYRUP 50 MG/5 ML (elderberry fruit)	Tier 2	
<i>saw palmetto oral capsule 450 mg</i>	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>schisandra oral capsule 580 mg</i>	Tier 2	
<i>shilajit oral capsule 250 mg</i>	Tier 2	
SYNOVX RELIEF ORAL CAPSULE 500 MG (Boswellia serrata extract/turmeric root extract)	Tier 2	
TESTOPLEX PLUS ORAL CAPSULE 250-100 MG (shilajit/Eurycoma longifolia extract)	Tier 2	
<i>turmeric root extract oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	
<i>turmeric root extract oral tablet 500 mg</i>	Tier 2	
<i>turmeric root-ginger root ext oral tablet, chewable 150-25 mg</i>	Tier 2	
<i>turmeric-ginger-black pepper oral tablet, chewable 125 mg-6 mg- 50 mcg</i>	Tier 2	
<i>turmeric-turmeric root extract oral capsule 450-50 mg</i>	Tier 2	
<i>valerian root oral capsule 450 mg</i>	Tier 2	
VIRAGRAPHIS ORAL CAPSULE 187.5-150-79.2 MG (Andrographis ext/Isatis root xt/licorice root xt)	Tier 2	
<i>vit c-echinacea purpurea xt oral tablet, chewable 75-3 mg</i>	Tier 1	
VITALVASC ORAL CAPSULE 75-250-125 MG (grape seed extract/hesperidin/olive extract)	Tier 2	
Terapia De Gota E Hiperruricemia - Drugs For Pain And Fever		
Gota E Hiperuricemia - Combinaciones Antimióticas-Uricosúricas - Gout Drugs		
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	Tier 1	
Terapia Aguda De Gota - Antimióticos - Gout Drugs		
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
GLOPERBA ORAL SOLUTION 0.6 MG/5 ML (colchicine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Colchicine capsules or tablets in 120 days; QL (10 ML per 1 day)
Terapia De Hiperuricemia - Comb De Inhibidor De Urat1 E Inhibidor De Xantina Oxidasa - Gout Drugs		
DUZALLO ORAL TABLET 200-200 MG, 200-300 MG (lesinurad/allopurinol)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Allopurinol in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Terapia De Hiperuricemia - Inhibidores De Xantina Oxidasa - Gout Drugs		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>allopurinol oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Allopurinol in 120 days; QL (30 EA per 30 days)
Urinary Ph Modifier - Alkalinizers - Gout Drugs		
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
Terapia De Trastorno Cognitivo		
Rett Syndrome Agents - Glypromate (Gpe) Analogs		
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML (trofinetide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System		
Diuretic - Potassium Sparing-Loop Combinations - Drugs For Alzheimer's Disease		
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG (memantine HCl/donepezil HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Adlarity, Donepezil HCL, Memantine HCL, or Namenda XR in 365 days; QL (28 EA per 28 days)
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG (memantine HCl/donepezil HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Adlarity, Donepezil HCL, Memantine HCL, or Namenda XR in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Gallstone Solubilizing (Litholysis) Agent Combinations - Drugs For Alzheimer's Disease		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 10 MG/24 HOUR, 5 MG/24 HOUR (donepezil HCl)	Tier 2	PA
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	Tier 1	QL (200 ML per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)
Terapia De Enfermedad De Alzheimer - Antagonistas De Receptores De Nmda - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Memantine immediate release tablets in 120 days; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	Tier 1	QL (300 ML per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>memantine oral tablets, dose pack 5-10 mg</i>	Tier 1	QL (49 EA per 28 days)
NAMENDA XR ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7-14-21-28 MG (memantine HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Memantine immediate release tablets in 120 days; QL (28 EA per 28 days)
Terapia De Trastorno Cognitivo - Vasodilatadores Cerebrales - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	
Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System		
Acidificante Urinario - Inhibidor De Ureasa Bacterial - Drugs For Infections		
LITHOSTAT ORAL TABLET 250 MG (acetohydroxamic acid)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente Bph - Inhib De Reductasa Alfa-5 Y Comb De Antag De Adrenoceptor Alfa-1 - Drugs For The Prostate		
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Alfuzosin HCL, Doxazosin Mesylate, Finasteride 5mg, Prazosin HCL, Silodosin, Tamsulosin HCL, or Terazosin HCL in 120 days
Agente De Hipertrofia Prostática - Inhibidores De Reductasa De Alfa-5 Tipo Ii - Drugs For The Prostate		
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
Agentes De Cistitis Intersticial - Drugs For The Urinary System		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG (pentosan polysulfate sodium)	Tier 2	
Agentes De Hipertrofia Prostática-Inhibidores De Reductasa Alfa-5 Tipo I Y Ii - Drugs For The Prostate		
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Tier 1	
Alpha-1 Blockers-Serotonin (5-Ht-2) Antagonists - Drugs For The Urinary System		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antacid - Aluminum - Drugs For Infections		
<i>phenazopyridine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
Antacid - Antacid Combinations - Drugs For The Prostate		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	Tier 1	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	Tier 1	
Antacid - Bicarbonate - Drugs For The Urinary System		
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (cysteamine bitartrate)	Tier 3	
PROCYSBI ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 25 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Tier 3	PA
PROCYSBI ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 300 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Tier 3	PA
Antacid - Calcium - Drugs For The Urinary System		
THIOLA EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG (tiopronin)	Tier 3	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i>	Tier 3	
<i>tiopronin oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 300 mg</i>	Tier 3	
Antacid - Magnesium - Drugs For The Urinary System		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	Tier 1	
<i>glycine urologic solution irrigation solution 1.5 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION 1980.6 MG-59.4 MG-980.4MG/30ML (citric acid/gluconolactone/magnesium carbonate)	Tier 2	
<i>sorbitol irrigation solution 3 %</i>	Tier 1	
<i>sorbitol-mannitol transurethral solution 2.7-0.54 gram/100 ml</i>	Tier 1	
Antacid Combinations - Drugs For The Urinary System		
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	Tier 1	
Antacids And Combinations - Drugs For Infections		
CITRATABS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 7.5 MEQ (magnesium citrate/potassium citrate)	Tier 2	
LITHOLYTE ORAL POWDER IN PACKET 10 MEQ (potassium citrate/magnesium citrate/sodium bicarbonate)	Tier 2	
ORACIT ORAL SOLUTION 490-640 MG/5 ML (citric acid/sodium citrate)	Tier 2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	Tier 1	
<i>potassium citrate-citric acid oral solution 1,100-334 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>sodium citrate-citric acid oral solution 490-640 mg/5 ml, 500-334 mg/5 ml</i>	Tier 1	
TRICITRATES ORAL SOLUTION 550-500-334 MG/5 ML (sodium/potassium/potassium citrate/sodium citrate/cit ac)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibacteriales Urinarios - Derivados De Nitrofuranos - Drugs For Infections		
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohydr/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Tier 1	PA
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	
Antibacteriales Urinarios - Metenamina Y Sales - Drugs For Infections		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Tier 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic)	Tier 2	
Antibacteriales Urinarios Otros - Drugs For Infections		
<i>fosfomicin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Tier 1	
Antidiarrheal Antiperistaltic-Anticholinergic Combinations - Drugs For Infections		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET 305-700 MG (sodium phosphate,monobasic/potassium phosphate,monobasic)	Tier 2	
K-PHOS ORIGINAL ORAL TABLET,SOLUBLE 500 MG (potassium phosphate,monobasic)	Tier 2	
WES-PHOS 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (sodium phosphate,dibasic/pot phos,monob/sod phosphate mono)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiespasmódico Urinario - Anticol., Selectivo Muscarínico M(3) (Vejiga) - Drugs For The Bladder		
<i>darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
VESICARE LS ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (solifenacin succinate)	Tier 2	
Antiespasmódico Urinario - Anticolinérgicos, No-Selectivos - Drugs For The Bladder		
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet, disintegrating 0.125 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Tier 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (hyoscyamine sulfate)	Tier 2	
Antiespasmódico Urinario - Relajantes Musculares Suaves - Drugs For The Bladder		
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
GELNIQUE TRANSDERMAL GEL IN PACKET 10 % (100 MG/GRAM) (oxybutynin chloride)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Mirabegron or Oxybutynin Chloride in 365 days; QL (1 GM per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 3.9 MG/24 HR (oxybutynin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Mirabegron or Oxybutynin Chloride in 365 days
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>tropium oral capsule,extended release 24hr 60 mg</i>	Tier 1	
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Bph Agent- 5-Alpha-Reductase And Phosphodiesterase-5 (Pde5) Inhibitors - Drugs For The Prostate		
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG (finasteride/tadalafil)	Tier 2	
Combinaciones De Metenamina-Antiespasmódicos De Antiinfecciosos Urinarios - Drugs For Infections		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Tier 1	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Tier 1	
Combinaciones De Metenamina-Antiespasmódicos-Analgésicos De Antiinfecciosos Urinarios - Drugs For Infections		
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URIBEL TABS ORAL TABLET 81.6-0.12-10.8 MG (methenamine/methylene blue/benzoic acid/salicylat/hyoscyamin)	Tier 2	
URIMAR-T ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URIMAR-T ORAL TABLET 120-10.8-0.12 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
URNEVA ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URO-458 ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 1	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 1	
Elastase Inhibitors - Drugs For The Urinary System		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Velphoro AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FOSRENOL ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 750 MG (lanthanum carbonate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Velphoro AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>lanthanum oral tablet, chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	Tier 1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Tier 1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
VELPHORO ORAL TABLET, CHEWABLE 500 MG (sucroferric oxyhydroxide)	Tier 2	QL (6 EA per 1 day)
Enfermedad Renal Poliquística - Antagonistas De Receptor De Vasopresina V2 - Drugs For The Urinary System		
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (tolvaptan)	Tier 3	PA
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM) (tolvaptan)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Enlaces De Fosfato - Con Base De Hierro - Drugs For The Urinary System		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Velphoro AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (sucroferric oxyhydroxide)	Tier 2	QL (6 EA per 1 day)
Oxalosis Agent - Oxalate Inhibitor, Small Interfering Rna Directed - Drugs For The Urinary System		
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML) (nedosiran sodium)	Tier 3	
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML (nedosiran sodium)	Tier 3	
Penicillin Antibiotic Combinations Other - Drugs For The Bladder		
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG (vibegron)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Mirabegron or Oxybutynin Chloride in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 8 MG/ML (mirabegron)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron)	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
Polymyxins And Derivative Combinations - Drugs For The Prostate		
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; SG
Terapia De Retención Urinaria - Agentes Parasimpatomiméticos - Drugs For The Bladder		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Terapia Para Trastorno Alimentario		
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)	Tier 2	SG
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)	Tier 2	SG
Anti-Obesity - Melanocortin 4 (Mc4) Receptor Agonist - Drugs For Eating Disorders		
IMCIVREE SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (setmelanotide acetate)	Tier 3	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cephalosporin Antibiotic Combinations Other - Drugs For Eating Disorders		
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Megestrol Acetate 40mg/mL suspension in 120 days
Choloretics - Drugs For Eating Disorders		
<i>benzphetamine oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	SG; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>diethylpropion oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	SG; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>diethylpropion oral tablet extended release 75 mg</i>	Tier 1	SG; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG (phentermine HCl)	Tier 1	SG; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>phendimetrazine tartrate oral capsule, extended release 105 mg</i>	Tier 1	SG; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	Tier 1	SG; QL (6 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>phentermine oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	Tier 1	SG; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>phentermine oral tablet 37.5 mg</i>	Tier 1	SG; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Digestive Enzymes - Drugs For Eating Disorders		
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)	Tier 2	SG
Estimulantes De Apetito - Canabinoides - Drugs For Eating Disorders		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Tier 2	QL (60 ML per 30 days)
Gastric Acidifiers - Drugs For Eating Disorders		
<i>orlistat oral capsule 120 mg</i>	Tier 1	SG
General Anesthetic - Parenteral, Phenol Derivatives - Drugs For Eating Disorders		
PLENITY (WELCOME KIT) ORAL CAPSULE 0.75 GRAM (carboxymethylcellulose/citric acid)	Tier 2	SG
PLENITY ORAL CAPSULE 0.75 GRAM (carboxymethylcellulose/citric acid)	Tier 2	SG
Influenza-A Agent Combinations - Drugs For Eating Disorders		
SAXENDA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 3 MG/0.5 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Tier 2	SG
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML, 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML (semaglutide)	Tier 2	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Thyroid Therapy		
Metabolic Modifier - Pompe Disease - Gcs Inhibitor		
OPFOLDA ORAL CAPSULE 65 MG (miglustat)	Tier 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)	Tier 3	
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Tablet, Soluble 100 Mg)	Tier 3	
KUVAN ORAL POWDER IN PACKET 100 MG, 500 MG (sapropterin dihydrochloride)	Tier 3	
KUVAN ORAL TABLET, SOLUBLE 100 MG (sapropterin dihydrochloride)	Tier 3	
<i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>	Tier 3	
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>	Tier 3	
Agentes De Tratamiento De Fenilquetonuria (Pku) - Liasa De Fenilalaninade Hidroxilasa - Drugs That Alter Metabolism		
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML (pegvaliase-pqpz)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Tratamiento De Hiperparatiroides - De Tipo Análogo De Vitamina D - Drugs That Alter Metabolism		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Tier 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Tier 1	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	Tier 1	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	Tier 1	
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG (calcifediol)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
Agents To Treat Hypoglycemia (Hyperglycemics) - Drugs That Alter Metabolism		
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM (uridine triacetate)	Tier 3	PA
Metabolic Modifier - Phosphatidylinositol-3-Kinase (Pi3k) Inhibitors - Drugs That Alter Metabolism		
JOENJA ORAL TABLET 70 MG (leniolisib phosphate)	Tier 3	PA
VIJOICE ORAL TABLET 125 MG, 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 50 MG (alpelisib)	Tier 3	PA; 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)	Tier 3	PA
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Modificador Metabólico - Agentes De Trastorno De Cicle De Urea - Agentes Conjugantes - Drugs That Alter Metabolism		
OLPRUVA ORAL PELLETS IN PACKET 2 GRAM, 3 GRAM, 4 GRAM, 5 GRAM, 6 GRAM, 6.67 GRAM (sodium phenylbutyrate)	Tier 3	PA
PHEBURANE ORAL GRANULES 483 MG/GRAM (sodium phenylbutyrate)	Tier 3	PA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML (glycerol phenylbutyrate)	Tier 3	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram</i>	Tier 3	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	Tier 3	PA
Modificador Metabólico - Agentes De Tratamiento De Tirosinemia Hereditaria - Drugs That Alter Metabolism		
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 3	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (nitisinone)	Tier 3	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG (nitisinone)	Tier 3	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (nitisinone)	Tier 3	PA
Modificador Metabólico - Enfermedad De Gaucher, Tipo 1, Tx De Reducción De Sustrato - Drugs That Alter Metabolism		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG (eliglustat tartrate)	Tier 3	
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	Tier 3	PA
miglustat (Yargesa Oral Capsule 100 Mg)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 2	
Progeria Syndrome Treatment Agents - Farnyltransferase Inhibitor - Drugs That Alter Metabolism		
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (lonafarnib)	Tier 3	PA
Terapia Farmacológica De Acompañante - Estabilizador De Enzima Alfa-Galactosidasa A - Drugs That Alter Metabolism		
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG (migalastat HCl)	Tier 3	PA
Thyroid Hormone Combinations - Synthetic T3 And T4 - Drugs That Alter Metabolism		
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	Tier 3	PA
Thyroid Hormones And Combinations - Drugs That Alter Metabolism		
CARNITOR (SUGAR-FREE) ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levocarnitine)	Tier 2	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Tier 1	
Vitamins - E		
Ophthalmic Antiparasitics		
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (lotilaner)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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/propranolol/phenylephrine/ketorolac in water)	Tier 1	
Antibiótico Oftálmico - Aminoglicósidos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Tier 1	
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (tobramycin)	Tier 2	
Antibiótico Oftálmico - Fluoroquinolonas - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 % (besifloxacin HCl)	Tier 2	
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (ciprofloxacin HCl)	Tier 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibiótico Oftálmico - Inhibidores De Deshidropeptidasa - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	Tier 1	
Antibiótico Oftálmico - Macrólidos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
AZASITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1 % (azithromycin)	Tier 2	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	Tier 1	
Antibiótico Oftálmico - Vancomicina Y Derivados - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Tier 1	
<i>vancomycin in 0.9 % sodium chl ophthalmic (eye) drops 10 mg/ml</i>	Tier 1	
Antifúngicos Oftálmico - Tipo Tetraeno Poliénico - Drugs For The Eye		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (natamycin)	Tier 2	
Antipsychotic - Diphenylbutylpiperidine Derivatives - Drugs For Glaucoma		
<i>brimonidine-dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 0.15-2 %</i>	Tier 1	
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 % (brinzolamide/brimonidine tartrate)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antis+Epticos Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC (EYE) SOLUTION 5 % (povidone-iodine)	Tier 2	
<i>povidone-iodine ophthalmic (eye) solution 5 %</i>	Tier 1	
Antivirales Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 % (ganciclovir)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: oral Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir HCL in 120 days
B-Complex Vitamins And Combinations - Drugs For Glaucoma		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	Tier 1	
Beta Blockers Non-Cardiac Select., Intrinsic Sympathomimetic Activity - Drugs For The Eye		
<i>mitomycin (pf) in water ophthalmic (eye) syringe 0.2 mg/ml, 0.4 mg/ml</i>	Tier 3	
MITOSOL OPHTHALMIC (EYE) KIT 0.2 MG (mitomycin)	Tier 2	
Brewers Yeast - Drugs For Glaucoma		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.125 % (echothiophate iodide)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones Midriáticas Y Cicloplégicas - Drugs For The Eye		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-1 % (cyclopentolate HCl/phenylephrine HCl)	Tier 2	
<i>cyclopen-tropic-phenyleph-watr ophthalmic (eye) drops 1-1-2.5 %</i>	Tier 1	
<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-10 %-0.5 %, 1 %-1 %-2.5 %-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-0.1 %-2.5 %-0.4 %</i>	Tier 1	
<i>phenyleph-tropicamide in water ophthalmic (eye) drops 2.5-1 %</i>	Tier 1	
Lagrmas Artificiales Y Agre De Único Lubricante - Drugs For The Eye		
KLARITY (CHONDROITIN) (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (chondroitin sulfate A sodium/PF)	Tier 2	
LACRISERT OPHTHALMIC (EYE) INSERT 5 MG (hydroxypropyl cellulose)	Tier 2	
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 % (perfluorohexyloctane/PF)	Tier 2	PA
Mezclas Antibacteriales Oftálmicas - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	Tier 1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
neomycin sulfate/bacitracin/polymyxin B (Neo-Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit-Unit/G)	Tier 1	
bacitracin/polymyxin B sulfate (Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 500-10,000 Unit/Gram)	Tier 1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Tier 1	
Multivitamins - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
ACUVAIL (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.45 % (ketorolac tromethamine/PF)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Diclofenac Sodium, Ilevro, or Ketorolac Tromethamine in 365 days; QL (60 EA per 15 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Diclofenac Sodium or Ketorolac Tromethamine in 120 days; QL (3 ML per 16 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Diclofenac Sodium or Ketorolac Tromethamine in 120 days; QL (5 ML per 16 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Diclofenac Sodium or Ketorolac Tromethamine in 120 days; QL (3.4 ML per 16 days)
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Tier 1	QL (10 ML per 14 days)
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Tier 1	
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 % (nepafenac)	Tier 2	QL (3.4 ML per 16 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %</i>	Tier 1	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 30 days)
NEVANAC OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (nepafenac)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Diclofenac Sodium, Ilevro, or Ketorolac Tromethamine in 365 days; QL (9 ML per 16 days)
Oftálmico - Agentes De Diagnósticos - Drugs For The Eye		
ALTAFLUOR BENOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % (benoxinate HCl/fluorescein sodium)	Tier 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Tier 1	
<i>fluorescein-proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.25-0.5 %</i>	Tier 1	
Oftálmico - Agentes De Reducción De Presión Intraocular, Bloqueadores Beta - Drugs For Glaucoma		
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BETIMOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %, 0.5 % (timolol)	Tier 2	
BETOPTIC S OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (betaxolol HCl)	Tier 2	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>timolol maleate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.25 %, 0.5 %</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops, once daily 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Tier 1	
Oftálmico - Agentes Para Entrecruzamiento De Colágeno Corneal - Drugs For The Eye		
PHOTREXA CROSS-LINKING KIT OPHTHALMIC (EYE) COMBO, DROPS AND DROPS VISCOUS 0.146 % -0.146 % (riboflavin 5-phosphate sodium in 20 % dextran)	Tier 2	
PHOTREXA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.146 % (riboflavin 5-phosphate sodium (B2))	Tier 2	
PHOTREXA VISCOUS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, VISCOUS 0.146 % (riboflavin 5-phosphate sodium in 20 % dextran)	Tier 2	
Oftálmico - Agentes Viscoelástico - Drugs For The Eye		
AMVISC INTRAOCULAR SYRINGE 12 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	
AMVISC PLUS INTRAOCULAR SYRINGE 16 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIOLON INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	
HEALON ENDOCOAT INTRAOCULAR SYRINGE 30 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SYRINGE 18 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	
HEALON PRO INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SYRINGE 23 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	
PROVISC INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 2	
TOTALVISC INTRAOCULAR SYRINGE 2.5 % (1 ML) 1 % (1 ML) (hyaluronate sodium)	Tier 2	
Oftálmico - Anestesia Local, Amidas - Drugs For The Eye		
AKTEN (PF) OPHTHALMIC (EYE) GEL 3.5 % (lidocaine HCl/PF)	Tier 2	
Oftálmico - Anticolinérgicos - Drugs For The Eye		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	
<i>atropine ophthalmic (eye) ointment 1 %</i>	Tier 1	
<i>atropine sulfate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 1 %</i>	Tier 1	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	
HOMATROPAIRE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 5 % (homatropine Hbr)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tropicamide ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %</i>	Tier 1	
Oftálmico - Antihistamínicos - Drugs For Itchy Eye		
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Tier 1	QL (12 ML per 30 days)
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Azelastine HCL, Epinastine HCL, or Olopatadine HCL in 120 days; QL (10 ML per 30 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Tier 1	QL (10 ML per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	Tier 1	QL (3 ML per 30 days)
ZERVIAE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.24 % (cetirizine HCl)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
Oftálmico - Antiinflamatorios, Antagonistas De Lfa-1 - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 % (lifitegrast)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
Oftálmico - Antiinflamatorios, Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Tier 1	QL (15 ML per 14 days)
DEXTENZA INTRACANALICULAR INSERT 0.4 MG (dexamethasone)	Tier 2	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Tier 1	QL (10 ML per 14 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (loteprednol etabonate)	Tier 2	PA
FLAREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (fluorometholone acetate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (15 ML per 14 days)
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	Tier 1	QL (10 ML per 14 days)
FML FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (fluorometholone)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (10 ML per 14 days)
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (loteprednol etabonate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (5.6 ML per 14 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 % (loteprednol etabonate)	Tier 2	QL (7 GM per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 % (loteprednol etabonate)	Tier 2	QL (10 GM per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	Tier 1	QL (10 GM per 14 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>Iloteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (10 ML per 14 days)
<i>Iloteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 14 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (dexamethasone)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (25 ML per 14 days)
PRED MILD OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.12 % (prednisolone acetate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone acetate (pf) ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 14 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Antiinflamatorios, Inmunomoduladores - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
CEQUA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.09 % (cyclosporine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Cyclosporine, Restasis Multidose, or Xiidra in 365 days; QL (60 EA per 30 days)
CYCLOSPORINE IN KLARITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1-0.25 % (cyclosporine/chondroitin sulfate A sodium)	Tier 1	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 % (cyclosporine)	Tier 2	QL (5.5 ML per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 % (cyclosporine)	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
VERKAZIA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (cyclosporine)	Tier 3	PA
VEVYE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % (cyclosporine)	Tier 2	PA
Oftálmico - Ayudas Quirúrgicas Otros - Drugs For The Eye		
GELFILM OPHTHALMIC (EYE) FILM (gelatin)	Tier 2	
Oftálmico - Combinaciones Antibacteriales-Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	Tier 1	
neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin B/hydrocortisone (Neo-Polycin Hc Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit/G-1%)	Tier 1	
<i>prednisolone sod ph-moxiflox ophthalmic (eye) drops 1-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolone-moxifloxacin hcl ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	Tier 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 % (tobramycin/dexamethasone)	Tier 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.05 % (tobramycin/dexamethasone)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic ophthalmic Tobramycin/Dexamethasone drops in 120 days
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Tier 1	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 % (tobramycin/loteprednol etabonate)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Combinaciones Antibacteriales-Glucocorticoides-Nsaid - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>prednisoln sp-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.075 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolone-moxiflo-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.1 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolone-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.075 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolon-moxiflox-bromf(pf) ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.09 %</i>	Tier 1	
Oftálmico - Combinaciones Bloqueadores Beta-Adrenérgicos - Drugs For Glaucoma		
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	Tier 1	
Oftálmico - Combinaciones Bloqueadores Beta-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
<i>dorzolamide-timolol (pf) ophthalmic (eye) dropperette 2-0.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dorzolamide HCL/Timolol Maleate in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	Tier 1	
Oftálmico - Combinaciones De Anestesia Local - Drugs For The Eye		
ALTAFLUOR BENOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % (benoxinate HCl/fluorescein sodium)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Tier 1	
Oftálmico - Combinaciones Glucocorticoides-Nsaid - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>prednisolone acetate-bromfenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.075 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolone acetate-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.1 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolone sod ph-bromf (pf) ophthalmic (eye) drops 1-0.09 %</i>	Tier 1	
Oftálmico - Descongestivos - Drugs For Itchy Eye		
<i>phenylephrine hcl ophthalmic (eye) drops 10 %, 2.5 %</i>	Tier 1	
Oftálmico - Estabilizadores De Mastocitos - Drugs For Itchy Eye		
ALOCRILOPHTHALMIC (EYE) DROPS 2 % (nedocromil sodium)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Cromolyn 4% ophthalmic drops in 120 days; QL (20 ML per 30 days)
ALOMIDOPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % (Iodoxamide tromethamine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Cromolyn 4% ophthalmic drops in 120 days; QL (40 ML per 30 days)
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	Tier 1	QL (50 ML per 30 days)
Oftálmico - Ésteres De Anestesia Local - Drugs For The Eye		
proparacaine HCl (Alcaine Ophthalmic (Eye) Drops 0.5 %)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALTACAINE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (tetracaine HCl)	Tier 1	
IHEEZO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE, GEL 3 % (chloroprocaine HCl/PF)	Tier 2	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>tetracaine hcl (pf) ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>tetracaine hcl ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
Oftálmico - Facto De Crecimiento De Nervio Humano (Hngf) - Drugs For The Eye		
OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 % (cenegermin-bkbj)	Tier 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)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Brimonidine Tartrate, Brimonidine Tartrate/Timolol, Brinzolamide, Latanoprost, Lumigan, Simbrinza, or Travoprost in 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
Oftálmico - Inhibidores De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops, suspension 1 %</i>	Tier 1	
<i>dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Tier 1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico-Agentes Reductores De Presión Intraocular, Análogos De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Tier 1	QL (1 ML per 12 days)
IYUZEH (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.005 % (latanoprost/PF)	Tier 2	ST: Must meet 3 of the following requirements: Bimatoprost, Latanoprost, Latanoprost/pf, Lumigan, or Travoprost in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	Tier 1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 % (bimatoprost)	Tier 2	QL (2.5 ML per 25 days)
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	Tier 1	QL (2.5 ML per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 % (latanoprostene bunod)	Tier 2	ST: Must meet 3 of the following requirements: Bimatoprost, Latanoprost, Latanoprost/pf, Lumigan, or Travoprost in 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
XELPROS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, EMULSION 0.005 % (latanoprost)	Tier 2	ST: Must meet 3 of the following requirements: Bimatoprost, Latanoprost, Latanoprost/pf, Lumigan, or Travoprost in 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico-Agentes Reductores De Presión Intraocular, Inhibidores De Quinasa De Rho - Drugs For Glaucoma		
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 % (netarsudil mesylate)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Brimonidine Tartrate, Brimonidine Tartrate/Timolol , Brinzolamide, Latanoprost, Lumigan, Simbrinza, or Travoprost in 365 days; QL (2.5 ML per 30 days)
Oftálmico-Presión Intraocular Reductor, Sel. Agonistas Alfa Adrenérgicos - Drugs For Glaucoma		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	Tier 1	
IOPIDINE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1 % (apraclonidine HCl)	Tier 2	
Ophthalmic - Adrenergic Receptor Agonist - Drugs For The Eye		
UPNEEQ (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (oxymetazoline HCl/PF)	Tier 2	PA
Ophthalmic - Agents For Presbyopia - Drugs For The Eye		
Vuity OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.25 % (pilocarpine HCl)	Tier 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Peptic Ulcer - H. Pylori Agents - Drugs For The Eye		
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 % (cysteamine HCl)	Tier 3	PA
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 % (cysteamine HCl)	Tier 3	PA
Vitamin Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (natamycin)	Tier 2	
Vitamins - Bioflavonoids - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS.....	577, 679	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	602, 680	ACTICOAT SURGICAL DRESSING.....	466
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	577, 679	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS.....	602, 680	ACTIFLOVIT.....	275
2-IN-1 LANCET DEVICE	602, 679	ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL.....	602, 680	ACTI-LANCE LANCETS	603, 681
2TEK CONTROL (HIGH- NORMAL).....	602, 679	ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP.....	641, 680	ACTIMMUNE.....	1
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE.....	602, 639, 679	ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS.....	602, 680	<i>activated charcoal</i>	38
A-25 (VIT A PALMITATE)....	275	ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS.....	602, 680	ACTIVE-PAC.....	339, 401
<i>abacavir</i>	18	Accutane.....	539	ACTIVNUTRIENTS.....	291
<i>abacavir-lamivudine</i>	16	ACCU-TREND GLUCOSE CONTROL.....	603, 680	ACTIVNUTRIENTS (NO IRON).....	291
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S.....	291	ACCU-TREND GLUCOSE TEST STRIPS.....	641, 680	ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE.....	291
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT....	342, 373	ACD SOLUTION A.....	241	ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN.....	291
ABILIFY MYCITE STARTER KIT.....	342, 373	ACD-A.....	241	ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE.....	291
<i>abiraterone</i>	163, 167	ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER.....	653, 681	ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON).....	291
ABLYSINOL.....	192	<i>acebutolol</i>	224	ACUICYN.....	517
ABRILADA(CF).....	55, 103, 136	ACESO AG.....	466	ACUVAIL (PF).....	836
ABRILADA(CF) PEN	55, 103, 136	<i>acetaminophen-caff-</i> <i>dihydrocod</i>	115, 129	<i>acyclovir</i>	13, 460
ABRYSVO (PF).....	311	<i>acetaminophen-codeine</i>	134	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	316
ABSORICA LD.....	539	<i>acetazolamide</i>	194	ADAINZDE.....	534
ACAI BERRY DIET.....	806	<i>acetic acid</i>	668, 816	ADAINZOXIA.....	536
<i>acamprosate</i>	335	<i>acetylcarnitine</i>	273	<i>adalimumab-aacf</i> ... 55, 103, 137	
<i>acarbose</i>	435	<i>acetylcysteine</i>	97, 188	<i>adalimumab-aaty</i> ... 55, 103, 137	
ACCRUFER.....	267	<i>acetylglucosamine</i>	800	<i>adalimumab-adaz</i>	55, 103, 104, 137
ACCUCAINE KIT.....	142, 487	ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND.....	62	<i>adalimumab-adbm</i> .55, 104, 137	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN.....	602, 679	ACIDOPHILUS-PECTIN.....	47	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS.....	55, 104, 137
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP.....	641, 680	<i>acidophilus-pectin, citrus</i>	62	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV.....	55, 104, 137
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM.....	602, 680	ACIOXIA.....	488	<i>adalimumab-fkjp</i> 55, 104, 137	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV.....	602, 680	ACIOXIAY.....	522	<i>adalimumab-ryvk</i> ... 56, 104, 137	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER....	602, 680	ACIPHEX SPRINKLE.....	43	<i>adapalene</i>	537, 538
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL.....	602, 680	<i>acitretin</i>	473	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> 536	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR.....	602, 680	ACT DRY MOUTH.....	327	ADASUVE.....	374
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS.....	641, 680	ACTEMRA.....	130	ADBRY.....	469
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET.....	602, 680	ACTEMRA ACTPEN.....	130	<i>adefovir</i>	30
		ACTHAR.....	419	ADEINZDE.....	534
		ACTICOAT 7 DRESSING...466		ADEK GUMMIES PLUS ZINC.....	283
		ACTICOAT DRESSING.....466		ADEMPAS.....	215
		ACTICOAT FLEX 3 DRESSING.....	466	ADENO-HYDROXO B12.....	265
		ACTICOAT FLEX 7 DRESSING.....	466		

<i>adenovirus vac live type-4, 7</i>	311, 315	ADVOCATE LANCING DEVICE.....	603, 681	AFLURIA QD 2023-24(3YR UP)(PF).....	323
<i>adenovirus vaccine live type-4</i>	311, 315	ADVOCATE PEN NEEDLE	577, 681	AFLURIA QUAD 2023- 2024(6MO UP).....	323
<i>adenovirus vaccine live type-7</i>	311, 315	ADVOCATE REDI-CODE PLUS.....	603, 642, 681, 682	AFREZZA.....	447
ADJUSTABLE LANCING DEVICE.....	603, 681	ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L.....	603, 681	AFSTYLA.....	239
ADLARITY.....	813	ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH.....	603, 682	AFTER PILL.....	168, 170
ADMELOG SOLOSTAR U- 100 INSULIN.....	422	ADVOCATE SYRINGES	577, 682	AFTERA.....	168, 170
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO.....	422	ADYNOVATE.....	238	AGAMATRIX AMP GLUC MONITOR SYS.....	603, 683
ADTHYZA.....	441	ADZENYS XR-ODT.....	385, 392	AGAMATRIX AMP TEST STRIPS.....	642, 683
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH.....	291, 803	AEMCOLO.....	28	AGAMATRIX CONTROL HIGH.....	603, 683
ADULT 50 PLUS PROBIOTIC.....	62	AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM.....	653, 682	AGAMATRIX CONTROL NORM-HI.....	603, 683
ADULT ASPIRIN REGIMEN	120, 236	AEROCHAMBER MINI.....	653, 682	AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 2.....	603, 683
ADULT LOW DOSE ASPIRIN.....	120, 236	AEROCHAMBER MV.....	654, 682	AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 4.....	603, 683
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES.....	292	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU.....	654, 682	AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS.....	642, 683
ADULTS 50 PLUS.....	292	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK.....	654, 682	AGAMREE.....	437
ADULTS MULTIVITAMIN.....	292	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK.....	654, 682	AIMOVIG AUTOINJECTOR	404
ADVAIR HFA.....	100	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK.....	654, 682	AIMSCO LATEX CONDOM	543, 684
ADVANCE PLUS INTERMITTENT.....	573, 681	AEROCHAMBER PLUS Z STAT.....	654, 683	AIRDUO DIGIHALER.....	100
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT.....	492	AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK.....	654, 682	AIRS DISPOSABLE NEBULIZER.....	550, 684
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP.....	641, 681	AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK.....	654, 682	AIRSUPRA.....	100
ADVANCED GLUCOSE METER.....	603, 681	AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK.....	654, 683	AIRZONE PEAK FLOW METER.....	640, 684
ADVANCED HERBALS GINGER.....	806	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG.....	654, 683	AJOVY AUTOINJECTOR....	412
ADVANCED HERBALS NAUSEA.....	806	AEROECLIPSE II NEBULIZER.....	550, 683	AJOVY SYRINGE.....	412
ADVANCED LANCING DEVICE.....	603, 681	AEROECLIPSE XL NEBULIZER.....	550, 683	AKEEGA.....	143
ADVANCED PROBIOTIC.....	62	AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT.....	640, 683	AKLIEF.....	538
ADVANCED SKIN CARE....	489	AERONEB GO.....	654, 683	AKTEN (PF).....	839
ADVANCED TRAVEL LANCETS.....	603, 681	AERONEB GO NEBULIZER	550, 683	AKYNZEO (NETUPITANT)...	39
ADVATE.....	238	AEROTRACH PLUS....	654, 683	Ala-Cort.....	492
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST.....	547, 681	AEROVENT PLUS.....	654, 683	ALADERM PLUS.....	529
ADVOCATE LANCET..	603, 681	Afirmelle.....	171	ALAMAX CR.....	803
				ALAMAX PROTECT.....	803
				Ala-Scalp.....	492
				<i>albendazole</i>	1
				<i>albuterol sulfate</i>	94, 95, 96
				Alcaine.....	846
				<i>alclometasone</i>	492
				ALCORTIN A.....	481
				ALECENSA.....	150
				<i>alendronate</i>	433

ALFAMINO JUNIOR.....	288	ALL FLOW 1000 KIT ...	654, 684	ALTACAINE	847
ALFERON N	505	ALL FLOW 1000 PFT		ALTAFLUOR BENOX..	837, 845
<i>alfuzosin</i>	816	FILTER.....	654, 684	Altavera (28).....	171
ALINIA	2	ALL FLOW 3000 KIT ...	654, 684	ALTERA NEBULIZER	
<i>aliskiren</i>	218	ALL FLOW 3000 PFT		HANDSET	550, 685
ALIVE CALCIUM-VITAMIN		FILTER.....	654, 684	ALTERA NEBULIZER	
D3.....	281	ALL FLOW 4000 KIT ...	654, 684	SYSTEM.....	550, 685
ALIVE DAILY ENERGY	292	ALL FLOW 4000 PFT		ALTERNATE SITE LANCET	
ALIVE DIABETIC		FILTER.....	655, 684	.....	604, 685
MULTIVITAMIN.....	292	ALL FLOW 5000 KIT ...	655, 684	ALTERNATE SITE	
ALIVE ENERGY 50 PLUS ...	292	ALL FLOW 5000 PFT		LANCING DEVICE	604, 685
ALIVE KIDS CHEWABLE ...	309	FILTER.....	655, 684	ALTOPREV	197
ALIVE MAX POTENCY	292	ALL FLOW 6000 PFT		ALTRENO	538
ALIVE MAX3 POTENCY	292	FILTER.....	655, 684	ALTRIXA.....	283
ALIVE MEN'S 50 PLUS		ALLERGIST TRAY 1/2 ML		ALTUVIIIIO	239
MULTIVIT	292	27GX3/8".....	552, 684	<i>alum, ammonium (bulk)</i>	667
ALIVE MEN'S 50 PLUS MV		ALLERGIST TRAY		ALUNBRIG	150
(VIT K).....	292	INTRADERMAL BEV ...	552, 684	ALVAIZ.....	228
ALIVE MEN'S 50 PLUS		ALLERGIST TRAY		ALVESCO	85
ULTRA.....	293	REGULAR BEVEL.....	553, 684	<i>alvimopan</i>	187
ALIVE MEN'S ENERGY	293	ALLERGY SYRINGE ...	553, 684	Alyacen 1/35 (28).....	171
ALIVE MEN'S GUMMY	293	ALLEVYN.....	467, 685	Alyacen 7/7/7 (28).....	180
ALIVE MEN'S MAX3		ALLEVYN ADHESIVE		Alyq.....	191
POTENCY	293	DRESSING.....	466, 636, 684	Amabelz.....	430
ALIVE MEN'S ULTRA		ALLEVYN AG.....	466	<i>amantadine hcl</i>	402
POTENCY	293	ALLEVYN AG ADHESIVE ...	466	<i>ambrisentan</i>	216
ALIVE PREMIUM ADULT ...	293	ALLEVYN AG GENTLE		<i>amcinonide</i>	493
ALIVE PREMIUM KIDS.....	309	DRESSING.....	466	AMELUZ.....	478
ALIVE PREMIUM MEN'S ...	293	ALLEVYN HEEL.....	467, 684	Amethia.....	183
ALIVE PREMIUM		ALLEVYN LIFE DRESSING		Amethyst (28).....	171
PRENATAL.....	293	.....	467, 685	AMIELLE VAGINAL	
ALIVE PREMIUM		<i>allopurinol</i>	812	TRAINER.....	541, 685
WOMEN'S.....	293	<i>almotriptan malate</i>	408	<i>amiloride</i>	205
ALIVE PREMIUM		ALOCRIAL.....	846	<i>amiloride-</i>	
WOMEN'S 50 PLUS.....	293	<i>alogliptin</i>	449	<i>hydrochlorothiazide</i>	210
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		<i>alogliptin-metformin</i>	450	<i>aminocaproic acid</i>	235
(BLEND).....	294	<i>alogliptin-pioglitazone</i>	432	<i>amiodarone</i>	195
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		ALOMIDE.....	846	<i>amitriptyline</i>	382
GUMMY.....	294	<i>alosectron</i>	34	<i>amitriptyline-</i>	
ALIVE WOMEN'S ENERGY	294	<i>alpha lipoic acid</i>	803	<i>chlordiazepoxide</i>	366, 376
ALIVE WOMEN'S GUMMY		<i>alpha lipoic acid-biotin</i>	804	AMJEVITA(CF).....	56, 104, 137
VITAMIN.....	294	ALPHA LIPOIC SUSTAIN-		AMJEVITA(CF)	
ALIVE WOMEN'S ULTRA		BIOTIN.....	804	AUTOINJECTOR...56, 104, 137	
POTENCY	294	ALPHANATE.....	239	<i>amlodipine</i>	207
ALKALINE BATTERIES		ALPHANINE SD.....	242	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	216
.....	603, 684	<i>aprazolam</i>	376, 395, 396	<i>amlodipine-benazepril</i>	219
ALKALOL NASAL WASH.....	90	ALPRAZOLAM INTENSOL		<i>amlodipine-olmesartan</i>	217
ALKA-SELTZER PM		.....	376, 395	<i>amlodipine-valsartan</i>	217
(MELATONIN).....	47, 398	ALPROLIX.....	242	<i>amlodipine-valsartan-</i>	
ALKINDI SPRINKLE.....	437	ALTABAX.....	529	<i>hcthiamid</i>	206

<i>ammonium lactate</i>	491	APTIVUS.....	26	<i>ashwagandha root extract</i> ...	806
Amnesteem.....	540	AQINJECT 3.0 LOCK		ASMANEX HFA.....	86
<i>amoxapine</i>	382	SYRINGE.....	553, 685	ASMANEX TWISTHALER.....	86
<i>amoxicil-clarithromy-</i>		AQINJECT LUER LOCK		<i>aspirin</i>	120, 236
<i>lansopraz</i>	46	SYRINGE.....	553, 685	ASPIRIN CHILDRENS	120, 236
<i>amoxicillin</i>	3	AQINJECT PEN NEEDLE		<i>aspirin-dipyridamole</i>	245
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	5	.....	577, 685	<i>aspirin-omeprazole</i>	233
<i>amphetamine</i>	385, 393	AQINJECT SAFETY		ASPRUZYO SPRINKLE.....	217
<i>amphetamine sulfate</i>		NEEDLE.....	553, 685	ASPYRERX DIGITAL APP	
.....	346, 368, 385	AQINJECT SAFETY		(90-DAY).....	550, 686
<i>ampicillin</i>	3	SYRINGE.....	553, 686	ASSURE 4 CONTROL	
AMVISC.....	838	AQINJECT STANDARD		SOLUTION.....	604, 686
AMVISC PLUS.....	838	NEEDLE.....	553, 686	ASSURE 4 STRIPS.....	642, 686
<i>amyl nitrite</i>	188, 221	AQUA LANCE LANCING		ASSURE DOSE NORMAL	
AMZEEQ.....	523	DEVICE.....	604, 686	CONTROL.....	604, 686
ANACAINE.....	492	AQUORAL.....	328	ASSURE DOSE NORM-HI	
<i>anagrelide</i>	245	ARAKODA.....	14	CONTROL.....	604, 686
ANA-LEX KIT.....	456	ARALAST NP.....	96	ASSURE ID DUO PRO	
ANALPRAM-HC.....	515	Aranelle (28).....	180	SFTY PEN NDL.....	577, 686
ANASCORP.....	312	ARANESP (IN		ASSURE ID PEN NEEDLE	
ANASTIA.....	479	POLYSORBATE).....	230	.....	577, 686
<i>anastrozole</i>	166	ARAZLO.....	538	ASSURE ID PRO PEN	
ANDRODERM.....	424	ARCALYST.....	126	NEEDLE.....	577, 686
ANGELIQ.....	448	ARESTIN.....	329	ASSURE LANCE.....	604, 686
ANNOVERA.....	169	AREXVY (PF).....	311	ASSURE LANCE PLUS	
ANODYNE LPT.....	529	<i>arformoterol</i>	94	.....	604, 687
ANORO ELLIPTA.....	99	<i>arginine (l-arginine)</i>	249	ASSURE PLATINUM	
<i>anticoag citrate phos</i>		<i>arginine hcl (l-arginine)</i>	249	GLUCOSE METER.....	604, 687
<i>dextrose</i>	241	ARGYLE TRACHEOSTOMY		ASSURE PLATINUM TEST	
ANTIOXIDANT FORMULA		CARE TRAY.....	541, 686	STRIP.....	642, 687
(SELENIUM).....	294, 804	ARIKAYCE.....	5	ASSURE PRISM CONTROL	
ANUCORT-HC.....	455	<i>aripiprazole</i> ..	342, 343, 373, 374	1-2 SOLN.....	604, 687
ANZEMET.....	46	<i>armodafinil</i>	345	ASSURE PRISM MULTI	
APADAZ.....	115	ARMONAIR DIGIHALER.....	85	METER.....	604, 687
Apexicon E.....	493	ARMOUR THYROID.....	442	ASSURE PRISM MULTI	
APIDRA SOLOSTAR U-100		ARNUITY ELLIPTA.....	86	STRIP.....	642, 687
INSULIN.....	422	ARTISS.....	470	ASTAGRAF XL.....	336
APIDRA U-100 INSULIN.....	422	Ascomp With Codeine.....	134	ASTERO.....	479
APLENZIN.....	367	ASCOR.....	271	ASTHMA CHECK METER	
APLIGRAF.....	530	<i>ascorbate calcium-</i>		.....	640, 687
APOGEE IC INTERMIT		<i>bioflavonoid</i>	275	ASTHMAPACK	
CATHETER.....	573, 685	<i>ascorbic acid (vitamin c)</i>	272	CHILDREN'S.....	640, 687
APOGEE PLUS INTERMITT		<i>ascorbic acid(vitamin</i>		ASTRINGYN.....	225
CATHETER.....	574, 685	<i>c)(bulk)</i>	272, 667	<i>atazanavir</i>	26
<i>apomorphine</i>	402	<i>ascorbic acid-ascorbate</i>		<i>atenolol</i>	210
<i>apraclonidine</i>	849	<i>sodium</i>	272	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	205
<i>aprepitant</i>	36	<i>ascorbic acid-zinc oxide</i>	277	<i>atomoxetine</i>	414
APRETUDE.....	19	<i>asenapine maleate</i>	343, 371	ATORVALIQ.....	197
Apri.....	172	Ashlyna.....	183	<i>atorvastatin</i>	197
APTIOM.....	357, 358	<i>ashwagandha extract</i>	806	<i>atovaquone</i>	28

<i>atovaquone-proguanil</i>.....24	AUTOSOFT XC INFUSION	BACICAP.....62
ATRANTIL.....806	SET 23".....651, 688	BACID WITH
ATRAPRO CP.....506	AUTOSOFT XC INFUSION	LACTOSPORE.....62
ATRAPRO DERMAL	SET 32".....651, 688	<i>bacillus coagulan,subtilis-</i>
SPRAY.....465, 670	AUTOSOFT XC INFUSION	<i>xos</i>.....63
ATRAPRO HYDROGEL.....506	SET 43".....651, 688	<i>bacitracin</i>.....833
ATROPEN.....193	AUVELITY.....368	<i>bacitracin-polymyxin b</i>.....835
<i>atropine</i>.....839	AUVI-Q.....223	<i>baclofen</i>.....676
<i>atropine sulfate (pf)</i>.....839	AVEIDA.....512	BAFIERTAM.....454
ATROVENT HFA.....83	AVEIDAOXIA.....512	BALANCED B-50
Aubra.....172	AVENOVA.....517	COMPLEX (FOLIC).....246
Aubra Eq.....172	Aviane.....172	BAL-CARE DHA.....250
AUGMENTIN.....5	AVIDOXY DK.....23	BAL-CARE DHA
AUGTYRO.....153	AVITA.....538	ESSENTIAL.....250
AURA PORTANEB.....550, 687	AVITENE.....225	<i>balsalazide</i>.....32
Aurovela 1.5/30 (21).....172	AVITENE FLOUR.....225	<i>balsam peru (bulk)</i>.....667, 806
Aurovela 1/20 (21).....172	AVO CREAM.....506	<i>balsam peru-castor oil</i>.....463
Aurovela 24 Fe.....172	AVONEX.....452, 453	BALVERSA.....149
Aurovela Fe 1.5/30 (28).....172	Ayuna.....172	Balziva (28).....172
Aurovela Fe 1-20 (28).....172	AYVAKIT.....153	BANATROL PLUS.....79
AURUMHEEL.....331	AZADROX.....481	BAQSIMI.....418
AURYXIA.....267, 822, 824	AZASITE.....833	BARACLUDGE.....30
AUSTEDO.....405, 412, 413	<i>azathioprine</i>.....126, 337	BARDEX I.C. FOLEY
AUSTEDO 12MG START	<i>azelaic acid</i>.....512, 523	CATHETER.....574, 688
TITR(WK1-4).....405, 412, 413	<i>azelastine</i>.....91, 840	BASADROX.....481
AUSTEDO TD TITRATN PK	<i>azelastine-fluticasone</i>.....80	BASAGLAR KWIKPEN U-
(WK 1-2).....405, 412, 413	AZELEX.....513, 524	100 INSULIN.....420
AUSTEDO XR.....405, 412, 413	AZESCO.....272	BAXDELA.....6
AUSTEDO XR TITRATION	<i>azithromycin</i>.....12	BAYER ASPIRIN. 120, 236, 237
KT(WK1-4).....406, 413	AZO COMPLETE	BAYER LOW DOSE
AUTOJECT 2 INJECTION	FEMININE BALANCE.....62	ASPIRIN.....120, 237
DEVICE.....578, 687	AZO CRANBERRY PLUS	B-COMPLEX INJECTION...308
AUTO-LANCET MINI...604, 687	PROBIOTIC.....806	B-COMPLEX PLUS B-12....308
AUTOLET IMPRESSION	AZO CRANBERRY PLUS	<i>b-complex with vitamin c</i>....246
LANC DEV.....604, 687	VIT C.....806	BD ALLERGIST TRAY REG
AUTOLET LANCING	AZO DUAL PROTECTION...62	BEVEL.....553, 688
DEVICE.....604, 687	AZO MEN.....806	BD ALLERGY SYRINGE
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	AZSTARYS.....385	.....553, 688
.....578, 687	Azurette (28).....183	BD AUTOSHIELD DUO
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	B ACTIV.....246	PEN NEEDLE.....578, 688
.....578, 687	B COMPLEX 100.....308	BD BLUNT PLASTIC
AUTOSOFT 30.....651, 688	B COMPLEX-VITAMIN C....307	CANNULA.....554, 688
AUTOSOFT 30 INFUSION	<i>b complex-vitamin c-folic</i>	BD BULK SYRINGE SLIP
PACK 23".....651, 687	<i>acid</i>.....246	TIP.....554, 688, 689
AUTOSOFT 90.....651, 688	B12.....265	BD ECCENTRIC TIP
AUTOSOFT XC INFUSION	B12 ACTIVE.....265	SYRINGE.....554, 689
PACK 23".....651, 688	<i>b12-methyltetrahydrofolate-</i>	BD ECLIPSE LUER-LOK
AUTOSOFT XC INFUSION	<i>b6</i>.....307	.....554, 578, 689
PACK 5".....651, 688	BABY COUGH.....803	BD FILTER NEEDLE-5
	BABY COUGH-MUCUS.....803	MICRON.....554, 689

BD INSULIN SYRINGE.....578, 689	B-D SLIP TIP SYRINGE.....556, 693	BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN)..... 48
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT).....578, 689	BD SPECIALTY USE NEEDLES.....556, 693	BENEFIX..... 243
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE..... 578, 689	BD SYRINGE..... 557, 694	<i>benfotiamine</i> 271
BD INSULIN SYRINGE U- 500.....578, 690	BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE.....556, 693	BENLYSTA..... 131, 132
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE..... 578, 579, 690	BD SYRINGE CATHETER TIP.....557, 693	BENTIVITE BX..... 269
BD INSYTE AUTOGUARD.....551, 690	BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE.....557, 693, 694	BENZEPRO..... 537
BD INTEGRA SYRINGE.....554, 690	BD SYRINGE LUER-LOK STERILE.....557, 694	BENZEPRO (MICROSPHERES)..... 537
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN..... 554, 690	BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE.....557, 694	<i>benzhydrocodone-</i> <i>acetaminophen</i> 116
BD INTERLINK SYRINGE.....554, 690	BD SYRINGE-DUAL CANNULA..... 557, 694	<i>benznidazole</i> 26
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV..... 579, 690	BD TUBERCULIN SLIP-TIP.....557, 694	BENZODOX 30..... 23
BD LUER-LOK BULK SYRINGE..... 554, 690	BD TUBERCULIN SYRINGE.....557, 558, 694	BENZODOX 60..... 23
BD LUER-LOK SYRINGE.....555, 690, 691	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE..... 579, 694	<i>benzoin (bulk)</i> 510, 667
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING..... 555, 691	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE..... 579, 694	<i>benzonatate</i> 83
BD MICROTAINER LANCET..... 604, 691	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE..... 579, 694	<i>benzoyl peroxide</i> 537
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE..... 579, 692	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE..... 580, 695	<i>benzphetamine</i> 826
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9.....278	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE.....580, 695	<i>benztropine</i>.....405
BD PRECISIONGLIDE 555, 692	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT).....580, 695	<i>bepotastine besilate</i>.....840
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY..... 556, 692	BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....580, 695	<i>berberine chloride</i>.....4
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE..... 579, 692	BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST..... 547, 695	BERBERINE ES-5.....5
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG..... 556, 692	BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B.....547, 695	BERGACOR..... 806
BD SAFETYGLIDE SYRINGE..... 556, 579, 692	BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2.....547, 695	BERGACOR PLUS.....806
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL..... 556, 693	BEANAID.....38	BERINERT..... 227
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN.....556, 693	BEANO..... 38	BESER KIT.....490
BD SAF-T-INTIMA.....551, 693	BELBUCA.....133	BESIVANCE..... 832
BD SLIP TIP SYRINGE.....556, 693	BELSOMRA.....376	BESREMI..... 158
	<i>benazepril</i> 222	BEST FIBER.....48
	<i>benazepril-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> 220	<i>beta carotene</i>.....275
	BENEFIBER CLEAR SF (DEXTRIN)..... 48	BETADINE OPHTHALMIC PREP..... 834
		<i>betaine</i>.....831
		BETALOAN SUIK.....433
		<i>betamethasone dipropionate</i>.....493
		<i>betamethasone valerate</i>.....493
		<i>betamethasone, augmented</i>.....493, 494
		BETASERON..... 453
		<i>betaxolol</i> 210, 837
		<i>bethanechol chloride</i> 825
		BETIMOL.....838
		BETOPTIC S..... 838
		BEVESPI AEROSPHERE..... 99
		BEVITROL..... 60
		<i>bexarotene</i>.....165, 478
		BEXSERO..... 321
		BEYFORTUS.....311
		<i>bicalutamide</i> 167

BIGFOOT UNITY.....	604, 695	BIOSTEP AG.....	467	BP 10-1.....	531
BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BIOTEL CARE BGM-4		BPCO.....	463
ADMELOG.....	541, 695	METER.....	605, 697	BPO.....	537
BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>biotin</i>	274	BRAFTOVI.....	156
APIDRA.....	541, 695	<i>bismuth subcit k-metronidz-</i>		BREATHERITE MDI	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>tcn</i>	45	SPACER.....	655, 697
ASPART.....	541, 695	<i>bisoprolol fumarate</i>	210	BREATHERITE SPACER-	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>bisoprolol-</i>		MASK, NEO.....	655, 697
BASAGLAR.....	541, 696	<i>hydrochlorothiazide</i>	205	BREATHERITE SPACER-	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>bitter melon extract</i>	806	MASK,ADULT.....	655, 698
FIASP.....	541, 696	Blisovi 24 Fe.....	172	BREATHERITE SPACER-	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-		Blisovi Fe 1.5/30 (28).....	172	MASK,CHILD.....	655, 698
HUMALOG.....	541, 696	Blisovi Fe 1/20 (28).....	173	BREATHERITE SPACER-	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>blood glucose contrl</i>		MASK,INFANT.....	655, 698
LANTUS.....	541, 696	<i>hi,normal</i>	605, 697	BREATHERITE SPACER-	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>blood glucose control,</i>		MASK,S.CHLD.....	655, 698
LISPRO.....	541, 696	<i>normal</i>	605, 697	BREATHERITE VALVED	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>blood glucose ctl</i>		MDI CHAMBER.....	655, 698
LYUMJEV.....	541, 696	<i>high,nml,low</i>	605, 697	BREATHERITE VALVED	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BLOOD GLUCOSE		MDI SPACER.....	655, 698
NOVOLOG.....	542, 696	MONITORING.....	605, 697	BREEZE 2 CONTROL	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BLOOD GLUCOSE TEST		SOLUTION, LOW.....	605, 698
TOUJEO.....	542, 696	.....	642, 697	BREEZE 2 CONTROL	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>blood-glucose meter</i>	605, 697	SOLUTION, NML.....	605, 698
TOUJEOMX.....	542, 696	BLULINK BG SYSTEM		BREEZE 2 CONTROL	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-		REFILL.....	605, 697	SOLUTION,HIGH.....	605, 698
TRESIBA.....	542, 696	BLULINK DIABETIC TEST		BREEZE 2 TEST STRIPS	
BIJUVA.....	430	BUNDLE.....	605, 697	.....	642, 698
BIKTARVY.....	27	BLULINK GLUCOSE		BRENZAVVY.....	425
BILAC.....	63	MONITOR SYSTEM....	605, 697	BREO ELLIPTA.....	100
<i>bilberry frt ext-grape skin xt.</i>	804	BLULINK GLUCOSE TEST		BREXAFEMME.....	13
<i>bimatoprost</i>	848	STRIP.....	642, 697	Breyna.....	100
BIMZELX.....	462	<i>blunt needle, disposable</i>		BREZTRI AEROSPHERE....	87
BIMZELX AUTOINJECTOR	462	.....	558, 697	Briellyn.....	173
BINAXNOW COVD AG		BONEUP.....	260	BRILINTA.....	236
CARD HOME TST.....	547, 696	BONEUP (CALCIUM		<i>brimonidine</i>	513, 849
BINAXNOW COVID-19 AG		ASCORBATE).....	260	<i>brimonidine-dorzolamide (pf)</i>	
CARD.....	547, 696	BONJESTA.....	60	.....	833
BINAXNOW COVID-19 AG		BOOST GLUCOSE		<i>brimonidine-timolol</i>	845
SELF TEST.....	547, 696	CONTROL.....	289	<i>brinzolamide</i>	847
BINOSTO.....	433	BOOSTNOW IMMUNE		BRIVIACT.....	394
BIO C 1:1.....	275	SUPPORT.....	294	<i>bromelains</i>	336
BIOLON.....	839	BOOSTRIX TDAP.....	316	Bromfed Dm.....	85
BIOLYTE.....	279	<i>borage seed oil</i>	807	<i>bromfenac</i>	836, 837
BIOMEPRO.....	63	<i>bosentan</i>	216	<i>bromocriptine</i>	403
BIONIME RIGHTEST		BOSULIF.....	153	<i>brompheniramine-</i>	
GM300 SYSTEM.....	605, 696	BOWEL SUPPORT-		<i>pseudoeph-dm</i>	85
BIONIME RIGHTEST TEST		IRRITABLE BOWEL.....	807	BRONCHITOL.....	79
STRIPS.....	642, 697	BOYS TRAINING PANTS		BRUKINSA.....	144, 153
BIOSTEP.....	467, 697	4T-5T.....	546, 697	BRYHALI.....	475, 494

<i>budesonide</i>	61, 86	<i>calcium acetate</i>	259	<i>captopril</i>	222
<i>budesonide-formoterol</i>	101	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	815, 822	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	220
BUFFERED C POWDER....	272	<i>calcium carb-mag ox-zinc sulf</i>	260	CARBAGLU.....	829
BULLFROG MOSQUITO COAST.....	511	<i>calcium carbonate</i>	260	<i>carbamazepine</i>	344, 358
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS.....	605, 698	<i>calcium carbonate-vitamin d3</i>	281	<i>carbidopa</i>	404
<i>bumetanide</i>	194	<i>calcium citrate</i>	260	<i>carbidopa-levodopa</i>	402
<i>buprenorphine</i>	133	<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	281	<i>carbidopa-levodopa- entacapone</i>	371
<i>buprenorphine hcl</i>	133, 334	<i>calcium no.38-d3-mag-boron</i>	260	<i>carbinoxamine maleate</i>	81, 82, 88
<i>buprenorphine-naloxone</i>	334, 335	<i>calcium pantothenate</i>	271	CARDURA XL.....	223
<i>bupropion hcl</i>	367	<i>calcium phos-d3- magnesium-zinc</i>	260	CAREFINE PEN NEEDLE	580, 698
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	334	<i>calcium phosphate-vitamin d3</i>	282	CAREONE LANCING DEVICE.....	605, 698
<i>buspirone</i>	384	<i>calcium-d3-zinc-copper- mangan</i>	261	CAREONE ULTRA THIN LANCET.....	605, 699
<i>butalbital-acetaminop- cod</i>	134	<i>calcium-magnesium-vit d3- boron</i>	261	CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE.....	558, 699
<i>butalbital-acetaminophen</i>	132	<i>calcium-vitamin d3-vitamin k</i> 261		CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE.....	558, 699
<i>butalbital-acetaminophen- caff</i>	132	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	144, 153	CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE.....	558, 699
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	129	CALTRATE 600 PLUS D.....	282	CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL.....	558, 699
<i>butorphanol</i>	133	CALTRATE-D3 PLUS MINERALS.....	261	CAREPOINT PRECISION NEEDLE.....	558, 699
BUTTERFLY TOUCH LANCET.....	605, 698	Camila.....	171	CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE.....	558, 699
<i>butylated hydroxytoluene</i>	664	CAMRESE.....	184	CARESENS CONTROL A AND B.....	606, 699
BYDUREON BCISE.....	428	CAMRESE LO.....	184	CARESENS LANCETS	606, 699
BYETTA.....	428	CAMZYOS.....	209	CARESENS N.....	606, 699
BYLVAY.....	102	<i>candesartan</i>	195	CARESENS N FELIZ BT GLUC METER.....	606, 699
<i>cabergoline</i>	444	<i>candesartan- hydrochlorothiazid</i>	209	CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER....	606, 699
CABLIVI.....	228	CANDICIDAL.....	807	CARESENS N TEST STRIPS.....	642, 699
CABOMETYX.....	165	<i>cantharidin in acetone</i>	471	CARESENS N VOICE. 606, 699	
<i>cabotegravir</i>	19	CANTHARIS COMPOSITUM.....	331	CARESOFT LANCING DEVICE.....	606, 699
CABTREGO.....	534	<i>capecitabine</i>	147	CARESTART COVID-19 AG HOME TST.....	547, 700
CADEAU DHA.....	250	CAPEX.....	494	CARETOUCH CONTROL SOLN L2-L3.....	606, 700
CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT.....	639	CAPHOSOL.....	328	CARETOUCH GLUCOSE MONITORING.....	606, 700
<i>caffeine</i>	394	CAPLYTA.....	375		
<i>caffeine citrate</i>	394	CAPRELSA.....	153		
<i>calc carb-mag ox-d3-zinc gluc</i>	260	CAPSFENAC PAK.....	526		
<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu- mangan</i>	260	CAPSINAC.....	526		
<i>calcipotriene</i>	475, 476	CAPSUBLEND-H.....	665		
<i>calcipotriene-betamethasone</i>	520	CAPSULE #1.....	666		
<i>calcitonin (salmon)</i>	434	CAPSULE #3 (HYPROMELLOSE).....	665		
<i>calcitriol</i>	247, 248, 476, 829				
<i>calcium 26-vit d3- magnesium 15</i>	260				

CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	580, 700	CELLPAD.....	662, 701	CETAPHIL DAILY FACIAL CLEANSER.....	518
CARETOUCH KETONE-GLUCOSE MONIT.....	638, 700	CELLTRION DIATRUST		CETAPHIL GENTLE SKIN CLEANSER.....	518
CARETOUCH LANCING DEVICE.....	606, 700	COV-19 HOME.....	547, 701	<i>cetirizine</i>	82, 97
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE.....	558, 700	<i>cellulose (bulk)</i>	665	<i>cetorelix</i>	448
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE.....	558, 700	CEM-UREA.....	471	<i>cevimeline</i>	327
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE.....	559, 701	CENTANY AT.....	482	Charlotte 24 Fe.....	173
CARETOUCH PEN NEEDLE.....	581, 701	CENTRUM.....	283, 295	Chateal (28).....	173
CARETOUCH SAFETY LANCETS.....	606, 701	CENTRUM ADULT 50 PLUS.....	294	Chateal Eq (28).....	173
CARETOUCH TEST STRIP.....	642, 701	CENTRUM ADULTS.....	294	CHEMET.....	187
CARETOUCH TWIST LANCET.....	606, 701	CENTRUM CHEWABLES... ..	295	CHEMSTRIP BG LOG BOOK.....	606, 702
<i>carglumic acid</i>	829	CENTRUM MINIS ADULTS 50 PLUS.....	295	CHENODAL.....	35
<i>carisoprodol</i>	676	CENTRUM MINIS MEN 50 PLUS.....	295	CHEST RUB (WITH PINE OIL).....	522
<i>carisoprodol-aspirin</i>	675	CENTRUM MINIS WOMEN 50 PLUS.....	295	CHILDREN'S ASPIRIN 120, 237	
<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i>	675, 676	CENTRUM SILVER.....	295	CHILDRENS CHEWABLE PROBIOTIC.....	63
CARNITEX.....	273	CENTRUM WOMEN.....	283	CHILDRENS FIBER GUMMY BEAR.....	48
CARNITOR (SUGAR-FREE).....	831	CENTURY.....	284	CHILDREN'S MULTIVIT (W LUTEIN).....	309
CAROTENALL.....	804	CENTURY MATURE.....	295	CHILDREN'S MULTIVITAMIN.....	263, 309
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS.....	467, 701	<i>cephalexin</i>	21	CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY....	309
<i>carteolol</i>	838	CEQUA.....	843	CHILDREN'S PROBIOTIC....	63
Cartia Xt.....	206	CEQUR SIMPLICITY... ..	634, 701	CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN).....	400
<i>carvedilol</i>	208	CEQUR SIMPLICITY INSERTER.....	606, 702	CHLOHUX.....	488
<i>carvedilol phosphate</i>	208	CERACADE.....	506	CHLOOXIA.....	488
CAYA CONTOURED... ..	545, 701	CERAMAX.....	506	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	376, 396
CAYSTON.....	93	<i>ceramides 1,3,6-ii</i>	518	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	38, 39, 376
Caziant (28).....	180	CERASPORT ENDURANCE.....	279	<i>chlorhexidine gluconate</i>	329
<i>cefaclor</i>	21	CERASPORT EX1.....	279	<i>chloroquine phosphate</i>	14
<i>cefadroxil</i>	20	CERASPORT PLUS.....	280	<i>chlorpromazine</i>	375
CEFALY.....	542, 701	CERAVE.....	518	<i>chlorthalidone</i>	211
<i>cefdinir</i>	21	CERAVE AM.....	511	<i>chlorzoxazone</i>	676
<i>cefixime</i>	21	CERAVE DAILY MOISTURIZING.....	518	CHOICE DM CLARUS NORM CONTROL.....	606, 702
<i>cefpodoxime</i>	21	CERAVE FOAMING FACIAL.....	518	CHOICEDM CLARUS.....	606, 642, 702
<i>cefprozil</i>	21	CERAVE PM.....	518	CHOLBAM.....	39
<i>cefuroxime axetil</i>	21	CERAVE SA.....	518	CHOLECAL DF.....	275
CELACYN.....	506, 662	CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE).....	518	<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i> ..	248
CELEBRATE B-12 QUICK-MELT.....	306	CERDELGA.....	830	<i>cholestyramine (with sugar)</i> ..	194
<i>celecoxib</i>	120	CERTAVITE SENIOR.....	295	Cholestyramine Light... ..	194, 195
		CERTAVITE-ANTIOXIDANT.....	284	<i>cholestyramine-aspartame</i> ..	195
		CERVIDIL.....	434		
		CETACAINE.....	529		
		CETACAINE ANESTHETIC	529		

<i>choline,magnesium salicylate</i>	129	<i>citric acid anhydrous (bulk)</i>	666, 667	CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT.....	655, 703
<i>chorionic gonadotropin, human</i>	440	<i>citric-sod citrat-sod phos-dex</i>	242	CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD.....	655, 703
CHOSEN LANCET.....	606, 702	CITRUS BERGAMOT.....	807	CLEVER CHOICE NEBULIZER.....	656, 703
CHOSEN LANCING DEVICE.....	606, 702	CLAIRVEE.....	63	CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER.....	640, 703
CHOSEN SAFETY LANCET.....	606, 702	Claravis.....	540	CLEVER CHOICE PRO.....	607, 642, 703
<i>chromium picolinate</i>	283	CLARINEX-D 12 HOUR.....	81	CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS.....	607, 703
CIBINQO.....	469	<i>clarithromycin</i>	12	CLEVER CHOICE TALK TEST.....	642, 703
CICASIL.....	662, 702	CLEANSING EYELID MOIST PADS.....	517	CLEVER CHOICE TEST STRIPS.....	643, 703
CICATRACE PAD.....	662, 702	CLEANSING EYELID WIPES EXT STR.....	517	CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST.....	643, 703
CICLODAN KIT.....	528	CLEANSING WASH....	513, 531	CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED..	656, 703
<i>ciclopirox</i>	528	CLEAR FIBER.....	48	CLICKFINE PEN NEEDLE.....	581, 704
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-euc</i>	528	CLEARSHIELD SODIUM CHLOR FLUSH.....	278	CLIMARA PRO.....	430
<i>cilostazol</i>	236	<i>clemastine</i>	82, 88	CLINDACIN ETZ.....	531
CILOXAN.....	832	CLENIA PLUS.....	532	CLINDACIN PAC.....	531
CIMDUO.....	17	CLENPIQ.....	52	<i>clindamycin hcl</i>	26
<i>cimetidine</i>	43	CLEOCIN.....	671	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	26
<i>cimetidine hcl</i>	42	CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE.....	607, 702	Clindamycin Pediatric.....	27
CIMZIA.....	56, 104, 138	CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST.....	607, 702	<i>clindamycin phosphate</i>	524, 671
CIMZIA POWDER FOR RECONST.....	56, 104, 138	CLEVER CHEK LANCETS.....	607, 702	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	532
CIMZIA STARTER KIT.....	56, 104, 138	CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS.....	607, 702	<i>clindamycin-tretinoin</i>	534
<i>cinacalcet</i>	432	CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK.....	655, 702	CLINDESSE.....	671
<i>cinnamon bark extract</i>	807	CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK.....	655, 702	CLINITEST COVID-19 HOME TEST.....	548, 704
CINRYZE.....	227	CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK.....	655, 702	CLINPRO 5000.....	329
CIPRO.....	6	CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR.....	607, 702	<i>clobazam</i>	377, 379
CIPRO HC.....	668	CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL.....	607, 703	<i>clobetasol</i>	494
<i>ciprofloxacin</i>	6	CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL.....	607, 703	<i>clobetasol-emollient</i>	494
<i>ciprofloxacin hcl</i>	6, 668, 832	CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL.....	607, 703	<i>clocortolone pivalate</i>	495
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	669	CLEVER CHOICE MICRO.....	607, 703	CLODAN KIT.....	462
<i>ciprofloxacin-fluocinolone</i>	669	CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP.....	642, 703	CLOFENAX.....	474
<i>citalopram</i>	396, 397			Clomid.....	444
CITRANATAL (DUAL-IRON).....	250			<i>clomiphene citrate</i>	444
CITRANATAL 90 DHA (ALGAL OIL).....	250			<i>clomipramine</i>	382
CITRANATAL ASSURE.....	250			<i>clonazepam</i>	377, 379, 396
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL).....	250			<i>clonidine</i>	193
CITRANATAL HARMONY (IRON FUM).....	250			<i>clonidine hcl</i>	193, 384
CITRANATAL MEDLEY.....	295			<i>clopidogrel</i>	236
CITRATABS.....	817				

<i>clorazepate dipotassium</i>	COMPACT SPACE	CONTOUR NEXT TEST
.....377, 396	CHAMBER-LRG MASK	STRIPS.....643, 706
<i>clotrimazole</i> 327, 521	.....656, 705	CONTOUR PLUS BLUE
<i>clotrimazole-betamethasone</i> 484	COMPACT SPACE	METER.....608, 706
<i>clozapine</i> 372	CHAMBER-MED MASK	CONTOUR PLUS TEST
C-NATE DHA.....250	.....656, 705	STRIP.....643, 706
COAGADEX..... 244	COMPACT SPACE	CONTOUR TEST STRIPS
COAGUCHEK LANCETS	CHAMBER-SM MASK .656, 705	.....643, 706
.....607, 704	COMP-AIR NEBULIZER	CONTRAVE.....825
COAGUCHEK XS.....653, 704	COMPRESSOR.....656, 705	COPAXONE..... 455
<i>coal tar</i>.....510	COMPLERA..... 27	COPIKTRA..... 152, 161
COARTEM.....24	COMPLETE BALANCE	COQMAX OMEGA..... 212
<i>cocaine</i> 80	MENOPAUSE RLF.....398	CORDRAN..... 495
<i>codeine sulfate</i> 108	COMPLETE LIVER	CORDRAN TAPE LARGE
<i>codeine-butalbital-asa-caff.</i> 134	CLEANSE.....246	ROLL..... 495
<i>codeine-guaifenesin</i> 90	COMPLETE MV ADULT 50	CORDX COVID-19 AG
CODITUSSIN AC..... 90	PLUS..... 295	HOME TEST.....548, 707
CODITUSSIN DAC.....90	COMPLETE NATAL DHA....251	CORIFACT..... 244
<i>colchicine</i>.....811, 812	COMPLETENATE..... 251	CORLANOR..... 218
<i>colesevelam</i> 195	Compro.....37	CORTANE-B..... 668
<i>colestipol</i>.....195	CONCEPTION.....651, 705	CORTIFOAM..... 61
COLLATYL.....467	CONJUPRI..... 207	CORTISOLV.....807
COLOR LANCETS..... 607, 704	CONSENSI.....206	<i>cortisone</i>.....437
COMBIPATCH.....430	Constulose.....78	CORTISPORIN-TC.....669
COMBIVENT RESPIMAT.....99	CONTOUR CONTROL	CORTROPHIN GEL..... 419
COMETRIQ..... 165	SOLUTION, HIGH..... 607, 705	COSAMIN AVOCA (WITH
COMFORT EZ INSULIN	CONTOUR CONTROL	BOSWELLIA).....800
SYRINGE..... 581, 704	SOLUTION, LOW..... 608, 706	COSENTYX.....463
COMFORT EZ LANCETS	CONTOUR CONTROL	COSENTYX (2 SYRINGES)462
.....607, 704	SOLUTION, NML.....608, 706	COSENTYX PEN..... 463
COMFORT EZ PEN	CONTOUR METER....608, 706	COSENTYX PEN (2 PENS) 463
NEEDLES.....581, 704	CONTOUR NEXT EZ	COSENTYX UNOREADY
COMFORT EZ PRO	METER..... 608, 706	PEN..... 463
SAFETY PEN NDL.....581, 704	CONTOUR NEXT GEN	COTELLIC..... 157
COMFORT TOUCH PEN	METER.....608, 706	COTEMPLA XR-ODT..... 386
NEEDLE..... 582, 705	CONTOUR NEXT	COVARYX.....431
COMFORT TOUCH PLUS	GLUCOSE METER.... 608, 706	COVARYX H.S.....431
SAFETY LANC..... 607, 705	CONTOUR NEXT LEV 1	COVID-19 AT-HOME TEST
COMFORT TOUCH ULT	CONTROL SOL.....608, 706	.....548, 707
THIN LANCETS.....607, 705	CONTOUR NEXT LEV 2	<i>covid19 test adm.by</i>
COMFORTSEAL LARGE	CONTROL SOL.....608, 706	<i>pharmacist</i> 548, 707
MASK..... 656, 705	CONTOUR NEXT LINK	COXANTO..... 122
COMFORTSEAL MEDIUM	.....608, 706	CRALONIN..... 331
MASK..... 656, 705	CONTOUR NEXT LINK 2.4	<i>cranberry conc-ascorbic acid</i>
COMFORTSEAL SMALL	.....608, 706	.....807
MASK..... 656, 705	CONTOUR NEXT METER	<i>cranberry extract</i>.....807
COMIRNATY 2023-24 (12Y	.....608, 706	<i>cranberry fruit</i> 807
UP)(PF)..... 322	CONTOUR NEXT ONE	<i>cranberry fruit concentrate</i> ...807
COMPACT SPACE	METER.....608, 706	CRANBERRY URINARY
CHAMBER.....656, 705		TRACT HEALTH..... 807

CRANRX.....	807	CULTURELLE PROBIOTIC-	<i>cycloserine</i>	22
CREON.....	60	MULTIVIT.....	CYCLOSET.....	426
CRESEMBA.....	13	CULTURELLE PROBIOTIC-	<i>cyclosporine</i>	126, 336
CRINONE.....	451, 671	PREBIOTIC.....	CYCLOSPORINE IN	
<i>cromolyn</i>	95, 149, 846	CULTURELLE TOTAL	KLARITY.....	843
Crotan.....	458	BALANCE.....	<i>cyclosporine modified</i> ..	126, 336
CRYODOSE TA MEDIUM		CULTURELLE WOMEN'S	CYCLOTENS REFILL.....	677
STREAM SPR.....	487	WELLNESS.....	CYCLOTENS STARTER.....	677
CRYODOSE TA MIST		CUPRIMINE.....	CYLTEZO(CF).....	56, 105, 138
SPRAY.....	487	CURAD XEROFORM	CYLTEZO(CF) PEN	
CRYOSERV.....	667	PETROLATM DRESS.....	.....	56, 105, 138
Cryelle (28).....	173	CURAFIL GEL WOUND	CYLTEZO(CF) PEN	
CUE COVID-19 HOME		.....	CROHN'S-UC-HS..	56, 105, 138
TEST.....	548, 707	<i>curcumin-</i>	CYLTEZO(CF) PEN	
CULTURELLE.....	65	<i>phosphatidylcholine</i>	PSORIASIS-UV.....	56, 105, 138
CULTURELLE ABDOMINAL		CURCUPLEX-95.....	<i>cyproheptadine</i>	82, 89
SUPP-CMFT.....	63	CURITY AMD.....	Cyred.....	173
CULTURELLE ADVANCED		CURITY AMD (WITH	Cyred Eq.....	173
REGULARITY.....	63	POLYHEXAMETH).....	CYSTADROPS.....	850
CULTURELLE BABY		CURITY DRAINAGE BAG	CYSTAGON.....	816
DIGESTIVE CALM.....	63	.....	CYSTARAN.....	850
CULTURELLE BABY		CURITY IODOFORM	D3-2000.....	248
HEALTH DEVELOP.....	64	PACKING STRIP.....	<i>dabigatran etexilate</i>	235
CULTURELLE BABY		CUROSURF.....	DAILY FIBER.....	48
PROBIOTIC-DHA.....	64	CUTAQUIG.....	DAILY FIBER (PSYLLIUM-	
CULTURELLE DIGESTIVE		CUTTER ALL FAMILY.....	ASPART).....	48
HEALTH.....	64	CUTTER BACKWOODS	DAILY FIBER (PSYLLIUM-	
CULTURELLE GUMMY.....	64	DRY.....	SUCROSE).....	48
CULTURELLE IMMUNE		CUTTER SKINSATIONS	DAILY GUMMIES.....	296
DEFENSE.....	64	.....	DAILY PROBIOTIC (4	
CULTURELLE KIDS 4 IN 1		CUVITRU.....	STRAINS).....	65
IMMUNE.....	64	CUVRIOR.....	DAILY PROBIOTIC (S.	
CULTURELLE KIDS		<i>cyanocobalamin (vitamin b-</i>	BOULARDII).....	65
GROW-THRIVE.....	64	12).....	DAILY-VITE (WITH FOLIC	
CULTURELLE KIDS		<i>cyanocobalamin-</i>	ACID).....	284
GUMMY.....	64	<i>cobamamide</i>	DAIRY RELIEF.....	42
CULTURELLE KIDS		<i>cyanocobalamin-</i>	<i>dalfampridine</i>	452
IMMUNE DEFENSE.....	64	<i>methylcobalamin</i>	<i>danazol</i>	451
CULTURELLE KIDS		CYCLINEX-2.....	<i>dandelion root</i>	807
PROBIO-FIBER.....	64	cyclobenzaprine.....	DANDLELION KISSES.....	270
CULTURELLE KIDS		CYCLOMYDRIL.....	<i>dantrolene</i>	676
PROBIOTIC-MV.....	309	CYCLOPAK.....	<i>dapsone</i>	14, 524, 525
CULTURELLE KIDS		<i>cyclopentolate</i>	<i>darifenacin</i>	819
PROBIOTICS.....	64, 65	<i>cyclopen-tropic-phenyleph-</i>	DARIO BLOOD GLUCOSE	
CULTURELLE KIDS PRO-		<i>watr</i>	MONITOR.....	608, 707
MV-LUTEIN.....	309	<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-</i>	DARIO BLOOD GLUCOSE	
CULTURELLE		<i>wat</i>	TEST STRIP.....	643, 707
METABOLISM-WT MGMT....	65	<i>cyclophosphamide</i>	DARTISLA.....	38
CULTURELLE PRENATAL		<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-</i>	<i>darunavir</i>	26
PROBIOTIC.....	65	<i>wat</i>	Dasetta 1/35 (28).....	173

Dasetta 7/7/7 (28).....	180	DERMACINRX FOLTREXYL	DERPIXA.....	510
DAURISMO.....	161	.....	DESCOVY.....	17
DAVIMET WITH FLUORIDE		DERMACINRX LACTEROL..	<i>desflurane</i>	141
.....	264	DERMACINRX LEXITRAL..	<i>desipramine</i>	382
DAVIMET-M.....	284	Dermacinrx Lidocan.....	<i>desloratadine</i>	83, 97
DAVOL IRRIGATION		DERMACINRX LIDOGEL....	<i>desmopressin</i>	429
SYRINGE.....	559, 707	DERMACINRX LIDOREX....	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	184
DAVOL PISTON		DERMACINRX MULTITAM..	<i>desonide</i>	495, 496
IRRIGATION.....	559, 708	DERMACINRX PHN PAK....	<i>desoximetasone</i>	496
DAYAVITE.....	296	DERMACINRX PRENATRIX	<i>desvenlafaxine</i>	380
DAYBUE.....	812	.....	<i>desvenlafaxine succinate</i>	380
Daysee.....	184	DERMACINRX	DEVILBISS DISPOSABLE	
DAYVIGO.....	376	PRENATRYL.....	NEBULIZER.....	550, 708
DAZAVEIDAOXIA.....	513	DERMACINRX PRETRATE	DEVILBISS PULMO-AIDE	
DAZOMON.....	513	DERMACINRX PROBINATE..	COMPRESSR.....	656, 708
DEBACTEROL.....	328	DERMACINRX PROBISOL...	DEVILBISS PULMOMATE	
Deblitane.....	171	DERMACINRX PROBITRAN	COMPRESSOR.....	656, 708
DECARA K.....	307	DERMACINRX PROBITROL..	DEVILBISS PULMONEB LT	
<i>deferasirox</i>	187	DERMACINRX PROMEROL..	COMP-NEB.....	656, 708
<i>deferiprone</i>	187	DERMACINRX	DEVILBISS TRAVELER	
<i>deferoxamine</i>	187	PUREFOLTIN.....	COMPRESSOR.....	656, 708
<i>deflazacort</i>	437, 438	DERMACINRX RIBOTIN-E..	Dexabliss.....	438
DELSTRIGO.....	27	DERMACINRX SURGICAL	<i>dexamethasone</i>	438
DELUO.....	465, 670	PHARMAPAK.....	DEXAMETHASONE	
<i>demeclocycline</i>	7	DERMACINRX	INTENSOL.....	438
DEMEROL (PF).....	108	THERAZOLE PAK.....	<i>dexamethasone sodium</i>	
DENOVO PLUS B12.....	306	DERMACINRX VENEXA....	<i>phosphate</i>	840
DENTA 5000 PLUS.....	330	DERMACINRX VENEXA FE	<i>dexchlorpheniramine</i>	
DENTA 5000 PLUS		.....	<i>maleate</i>	79, 82
SENSITIVE.....	330	DERMACINRX VENTRIXYL	DEXCOM G6 RECEIVER	
DENTAGEL.....	330	DERMACINRX VENTRIXYL	.....	608, 708
DEOXIA.....	525, 531	FE.....	DEXCOM G6 SENSOR	
DEOXIADEMTAR.....	534	DERMACINRX VITRAMYN..	.....	609, 708
DEOXIATAR.....	534	DERMACINRX VITRANOL..	DEXCOM G6	
DEOXIAVAR.....	534	DERMACINRX VITRANOL	TRANSMITTER.....	609, 708
DEPO-ESTRADIOL.....	436	FE.....	DEXCOM G7 RECEIVER	
DEPO-SUBQ PROVERA		DERMACINRX VITREXATE	.....	609, 708
104.....	185	DERMACINRX VITREXATE	DEXCOM G7 SENSOR	
DERMACINRX		FE.....	.....	609, 708
CLORHEXACIN.....	463	DERMACINRX ZINTREXYL-	DEXERYL.....	507
DERMACINRX DAVIMET...	284	C.....	<i>dexlansoprazole</i>	43
DERMACINRX DEXATRAN	296	DERMACINRX ZRM PAK...	<i>dexmethylphenidate</i>	386
DERMACINRX DOTREMINE	275	DERMALID.....	DEXONTO.....	438
DERMACINRX FOLDITAM..	276	DERMASO PLUS.....	DEXTENZA.....	840
DERMACINRX FOLIFLEX..	296	DERMAWERX SURGICAL	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	
DERMACINRX FOLITIN-Z..	296	PLUS PAK.....	.....	346, 347, 368, 369, 386, 387
DERMACINRX		DERMAZENE.....		
FOLIXAPURE.....	276	DERMELLE.....		
DERMACINRX FOLIXATE..	276	DERM-SILK.....		
DERMACINRX FOLTAMIN..	276	DERMULCERA.....		

<i>dextroamphetamine- amphetamine</i>	DICLOSAICIN.....	526	<i>dipyridamole</i>	237
.....347, 387, 388, 393	DICLOTRAL.....	526	<i>disopyramide phosphate</i>	212
DHEA.....	DICLOTREX.....	526	<i>disulfiram</i>	335
DIABETIC MULTIVITAMIN..	DICLOTREX II.....	526	DITHOL.....	527
DIACOMIT.....	DICLOVIX.....	483	DIURIL.....	211
DIADIMAXIA.....	<i>dicloxacillin</i>	28	<i>divalproex</i>	344, 368, 412
DIAOXIA.....	<i>dicyclomine</i>	37	DM2.....	423
DIAPERS, UNISEX SIZE 1	<i>didanosine</i>	18	DMT SUIK.....	438
.....	<i>diethylpropion</i>	826	Dodex.....	266
.....546, 709	DIFFERIN.....	538	<i>dofetilide</i>	195
DIAPERS, UNISEX SIZE 2	DIFICID.....	12	DOJOLVI.....	288
.....	<i>diflorasone</i>	497	Dolishale.....	173
.....546, 709	<i>diflunisal</i>	120	DOLOTRANZ.....	529
DIAPERS, UNISEX SIZE 3	<i>difluprednate</i>	840	<i>donepezil</i>	813
.....	DIFMETIOXRIME.....	483	DONNATAL.....	40
.....546, 709	DIGEST ADV PROBIO		DOPTELET (10 TAB PACK)	228
DIAPERS, UNISEX SIZE 4	PLUS GAS.....	66	DOPTELET (15 TAB PACK)	228
.....	DIGEST PROBIOTIC		DOPTELET (30 TAB PACK)	228
.....546, 709	(S.BOULARDII).....	66	DORYX.....	7
DIAPERS, UNISEX SIZE 5	DIGESTIVE ADVANTAGE		DORYX MPC.....	7
.....	IMMUNE.....	66	<i>dorzolamide</i>	847
.....547, 709	DIGESTIVE ADVANTAGE		<i>dorzolamide (pf)</i>	847
DIAPERS, UNISEX SIZE 6	INTENS BOW.....	66	<i>dorzolamide-timolol</i>	845
.....	DIGESTIVE ADVANTAGE		<i>dorzolamide-timolol (pf)</i>	845
.....547, 709	KID PROBIO.....	66	DOSOKAP.....	307
DIASAXIATAR.....	DIGESTIVE ADVANTAGE		Dotti.....	436
DIASDIMAXIA.....	LACTOS SUP.....	66	DOVATO.....	17
DIASOXIA.....	DIGESTIVE ADVANTAGE		DOVER BULB SYRINGE	
DIATROL.....	PROBIOTIC.....	66	.....	559, 709
DIATRUE CONTROL SOLN	DIGESTIVE PROBIOTIC.....	67	DOVER COATED LATEX	
NORMAL.....	DIGESTIVE SUPPORT.....	808	FOLEY.....	574, 709
.....609, 709	Digitek.....	190	DOVER FOLEY CATHETER	
DIATRUE CONTROL	<i>digoxin</i>	190	.....	574, 709
SOLUTION HIGH.....	<i>dihydroergotamine</i>	411	DOVER LATEX FOLEY	
.....609, 709	DILANTIN.....	361	CATHETER.....	574, 710
DIATRUE PLUS BLOOD	DILAUDID (PF).....	108	DOVER RED RUBBER	
GLUCOSE MET.....	<i>diltiazem hcl</i>	206, 207	ROBINSON CATH.....	574, 710
.....609, 709	DILT-XR.....	207	DOVER UNIVERSAL..	574, 710
DIATRUE PLUS TEST	DILUENT FOR ROTARIX... <td>277</td> <td><i>doxazosin</i>.....</td> <td>223</td>	277	<i>doxazosin</i>	223
STRIP.....	DILUTING MEDIUM FOR		<i>doxepin</i>	382, 405, 460
.....643, 709	NOVOLOG.....	277	<i>doxercalciferol</i>	829
<i>diazepam</i>	DIMENTHO.....	527	<i>doxycycline hyclate</i> ..	7, 8, 9, 331
.....377, 379, 396	<i>dimethyl fumarate</i>	455	<i>doxycycline monohydrate</i>	9, 519
Diazepam Intensol.....	DIMOXIA.....	464	<i>doxylamine-pyridoxine (vit</i>	
.....377, 396	DIOCHLOY.....	488	<i>b6)</i>	60
<i>diazoxide</i>	DIOOXIA.....	476	D-PENAMINE.....	131, 186
.....418	DIOVASC.....	275	DRAMAMINE GINGER.....	808
<i>dichlorphenamide</i>	DIPENTUM.....	32	DRAMAMINE NON-	
.....194, 674	Diphen.....	82, 88	DROWSY.....	808
DICLAREAL.....	<i>diphenoxylate-atropine</i>	41	DRAXACE.....	532
.....526				
<i>diclofenac epolamine</i>				
.....474				
<i>diclofenac potassium</i>				
.....				
.....121, 125, 371				
<i>diclofenac sodium</i>				
.....				
.....121, 474, 482, 837				
<i>diclofenac submicronized</i>				
.....				
.....122				
<i>diclofenac-misoprostol</i>				
.....				
.....118				
DICLOFEX DC.....				
.....				
.....526				
DICLOFONO.....				
.....				
.....474				
DICLOHEAL-60.....				
.....				
.....526				
DICLOPR.....				
.....				
.....526				

DRAXACEY.....	532	DUREX AVANTI BARE		EASY GLIDE PEN NEEDLE	584, 713
DRITHOCREME HP.....	476	REAL FEEL.....	544, 711	EASY MINI EJECT	
DRIXECE.....	532	DUREX EXTRA SENSITIVE		LANCING DEVICE.....	609, 713
DRIZALMA SPRINKLE 338, 380		CONDOM.....	544, 711	EASY NEB COMPRESSOR	
<i>dronabinol</i>	37, 349, 827	DUREX TROPICAL		NEBULIZER.....	657, 713
DROPLET GENTEEL		CONDOM.....	544, 711	EASY PLUS II BLOOD	
LANCING DEVICE.....	609, 710	DURLAZA.....	120, 237	GLUCOSE MET.....	609, 713
DROPLET INSULIN		DUROLANE.....	678	EASY PLUS II HIGH	
SYR(HALF UNIT).....	582, 710	<i>dutasteride</i>	815	CONTROL.....	610, 713
DROPLET INSULIN		<i>dutasteride-tamsulosin</i>	815	EASY PLUS II LOW	
SYRINGE.....	582, 710	DUZALLO.....	812	CONTROL.....	610, 713
DROPLET LANCETS..	609, 710	D-VI-SOL.....	248	EASY PLUS II TEST...	643, 713
DROPLET LANCING		DYANAVEL XR.....	388, 393	EASY STEP.....	643, 714
DEVICE.....	609, 710	DYNAFOAM AG.....	467	EASY STEP BLOOD	
DROPLET MICRON PEN		DYNAGINATE AG.....	467	GLUCOSE METER....	610, 714
NEEDLE.....	582, 710	E.E.S. 400.....	12	EASY STEP HIGH	
DROPLET PEN NEEDLE		EAA UCD.....	279	CONTROL SOLN.....	610, 714
.....	582, 710	EAR POPPER INFLATION		EASY STEP LOW	
DROPSAFE INSULIN		DEVICE.....	639, 711	CONTROL SOLUTION	610, 714
SYRINGE.....	582, 583, 711	EASIVENT HOLDING		EASY STEP NORMAL	
DROPSAFE PEN NEEDLE		CHAMBER.....	657, 711	CONTROL SOLN.....	610, 714
.....	583, 711	EASIVENT MASK LARGE		EASY TALK BLOOD	
DROPSAFE SICURA		.....	657, 711	GLUCOSE METER....	610, 714
SAFETY NEEDLE.....	559, 711	EASIVENT MASK MEDIUM		EASY TALK GLUCOSE	
<i>drospirenone-e.estradiol-</i>		.....	657, 712	TEST.....	643, 714
<i>lm.fa</i>	173	EASIVENT MASK SMALL		EASY TALK HIGH	
<i>drospirenone-ethinyl</i>		.....	657, 712	CONTROL.....	610, 714
<i>estradiol</i>	173	EASY COMFORT INSULIN		EASY TALK LOW	
DROXIA.....	244	SYRINGE.....	583, 712	CONTROL.....	610, 714
<i>droxidopa</i>	224	EASY COMFORT		EASY TALK PLUS II HIGH	
DRY SKIN THERAPY(WITH		LANCETS.....	609, 712	CONTROL.....	610, 714
LANOLIN).....	507	EASY COMFORT PEN		EASY TALK PLUS II LOW	
DRY SKIN THERAPY(W-		NEEDLES.....	583, 712	CONTROL.....	610, 714
PETROLATUM).....	507	EASY COMFORT SAFETY		EASY TALK PLUS II TEST	
DRYSOL.....	483	PEN NEEDLE.....	583, 712	STRIP.....	643, 714
DRYSOL DAB-O-MATIC....	483	EASY FIBER.....	49	EASY TOUCH	
DSUVIA.....	108	EASY FIBER (WHEAT		.....	562, 585, 717, 718, 719
DUAKLIR PRESSAIR.....	100	DEXTRIN).....	48	EASY TOUCH BLU CTRL	
DUAVEE.....	450	EASY GLIDE CATHETER		SOLN-L1,L3.....	610, 714
DUET DHA WITH OMEGA-3		TIP SYRING.....	559, 712	EASY TOUCH BLULINK	
.....	251	EASY GLIDE DENTAL		GLUC SYST.....	610, 714
DULERA.....	101	IRRIG SYRING.....	559, 712	EASY TOUCH BLULINK	
<i>duloxetine</i>	338, 380	EASY GLIDE INSULIN		TEST STRIP.....	643, 715
DULOXICAINE.....	339, 380	SYRINGE....	583, 584, 712, 713	EASY TOUCH FLIPLOCK	
DUOBRII.....	461	EASY GLIDE LUER LOCK		INSULIN.....	584, 715
DUODOTE.....	188	SYRINGE.....	559, 713	EASY TOUCH FLIPLOCK	
DUOPA.....	402	EASY GLIDE LUER SLIP		NEEDLE.....	560, 715
DUPIXENT PEN.....	98, 458	TB SYRING.....	560, 713	EASY TOUCH FLIPLOCK	
DUPIXENT SYRINGE...	98, 458			SYRINGE.....	560, 715
DUREX AIR CONDOM	544, 711				

EASY TOUCH FLURINGE 561, 716	EASY TOUCH UNI-SLIP 562, 585, 719	ECONTRA ONE-STEP 168, 170
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK..... 560, 716	EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER..... 611, 719	ECOTRIN..... 120, 237
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK..... 561, 716	EASY TRAK GLUCOSE TEST..... 643, 719	ECOZA..... 521
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR..... 610, 716	EASY TRAK HIGH CONTROL..... 611, 719	EDARBI..... 196
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL..... 611, 716	EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR..... 611, 719	EDARBYCLOR..... 209
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 561, 716	EASY TRAK II CTRL SOLN- NORMAL..... 611, 719	EDLUAR..... 370
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR..... 584, 716	EASY TRAK II TEST STRIP 643, 720	ED-SPAZ..... 41, 819
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE..... 584, 716, 717	EASY TRAK LOW CONTROL..... 611, 720	EDURANT..... 3
EASY TOUCH LANCETS 611, 717	EASY TWIST AND CAP LANCETS..... 611, 720	EEMT..... 431
EASY TOUCH LANCING DEVICE..... 611, 717	EASY-C IMMUNE HEALTH 272	EEMT HS..... 431
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN..... 585, 717	EASYGLUCO METER. 611, 720	<i>efavirenz</i> 3
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE..... 561, 717	EASYGLUCO MONITORING SYSTEM 611, 720	<i>efavirenz-emtricitabin- tenofov</i> 27
EASY TOUCH PEN NEEDLE..... 585, 717	EASYGLUCO TEST ... 643, 720	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> 27
EASY TOUCH SAFETY LANCETS..... 611, 718	EASYMAX..... 644, 720	EFFER-K..... 282
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE..... 585, 718	EASYMAX 15 LEVEL 2 611, 720	EGATEN..... 1
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 585, 718	EASYMAX 15 TEST STRIPS..... 644, 720	EGRIFTA SV..... 450
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL 561, 562, 718	EASYMAX NG..... 611, 720	<i>elderberry fruit</i> 808
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 562, 718	EASYMAX NORMAL CONTROL..... 612, 720	ELDERTONIC..... 286
EASY TOUCH TEST STRIP 643, 719	EASYMAX T1..... 612, 720	<i>electrolytes-dextrose</i> 280
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK 562, 719	EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS..... 612, 720	ELEMAR..... 529
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK 562, 719	EASYPOINT NEEDLE. 562, 720	ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER.... 612, 721
EASY TOUCH TWIST LANCETS..... 611, 719	EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER.... 612, 720	ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL..... 612, 721
	EBASE CONTROLLER 657, 720	ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL... 612, 721
	ECEOXIA..... 525	ELEMENT COMPACT TEST STRIPS..... 644, 721
	<i>echinacea</i> 808	ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR..... 612, 721
	<i>echinacea purp aerial part ext</i> 808	ELEMENT HIGH CONTROL 612, 721
	ECLIPSE NEEDLE..... 562, 721	ELEMENT LOW CONTROL 612, 721
	ECLIPSE SYRINGE 562, 563, 721	ELEMENT NORMAL CONTROL..... 612, 721
	EC-NAPROXEN..... 122	ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT..... 612, 721
	<i>econazole</i> 521	ELEMENT TEST STRIPS 644, 721
	ECONTRA EZ..... 168, 170	ELEPSIA XR..... 394
		ELESTRIN..... 436
		<i>eletriptan</i> 409
		ELIGARD..... 166
		ELIGARD (3 MONTH)..... 166
		ELIGARD (4 MONTH)..... 166
		ELIGARD (6 MONTH)..... 166
		Elinest..... 173

ELIQUIS.....	238	EMBRACE TALK TEST STRIPS.....	644, 723	ENSURE SURGERY PERIOP BUNDLE.....	289
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....	238	EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP.....	644, 723	<i>entacapone</i>	375
ELITE-OB.....	297	EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR.....	613, 723	ENTADFI.....	821
Elixophyllin.....	99	EMCYT.....	167	<i>entecavir</i>	30
ELLA.....	168, 170	EMEND.....	36	ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT.....	576, 723
ELLUME COVID-19 HOME TEST.....	548, 721	EMERGEN-C ELDERBERRY.....	273	ENTRESTO.....	224
ELLURA.....	808	EMFLAZA.....	438	ENTTY.....	507
ELLZIA PAK.....	490	EMGALITY PEN.....	412	ENTYVIO PEN.....	33
ELMIRON.....	815	EMGALITY SYRINGE.....	349, 412	Enulose.....	32
ELOCTATE.....	239	EMPAVELI.....	242	ENVARUSUS XR.....	336
Eluryng.....	169	EMSAM.....	384	ENVIVE.....	67
ELYXYB.....	371	<i>emtricitabine</i>	18	ENZNONUTY.....	529
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM.....	612, 644, 722	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	17, 18	EOHILIA.....	438
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT.....	612, 722	EMTRIVA.....	18	EPCLUSA.....	15
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR.....	613, 722	EMULSION SB.....	507	EPICERAM.....	507
EMBRACE EVO LEVEL 1.....	613, 722	EMVERM.....	1	EPICYN.....	465
EMBRACE EVO TEST STRIPS.....	644, 722	Emzahh.....	171	EPIDIOLEX.....	362
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH.....	613, 722	<i>enalapril maleate</i>	222	EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE.....	461
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW.....	613, 722	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	220	EPIFOAM.....	515
EMBRACE LANCETS.....	613, 722	ENBRACE HR.....	284	<i>epinastine</i>	840
EMBRACE LANCING DEVICE.....	613, 722	ENBREL.....	103, 138	<i>epinephrine</i>	97, 224
EMBRACE PEN NEEDLE.....	585, 722	ENBREL MINI.....	103, 138	<i>epinephrine hcl</i>	91
EMBRACE PRO.....	613, 722	ENBREL SURECLICK.....	103, 138	Epitol.....	344, 358
EMBRACE PRO GLUCOSE METER.....	613, 722	ENDARI.....	244, 249, 288	<i>eplerenone</i>	211, 221
EMBRACE PRO TEST STRIPS.....	644, 722	ENDEAVORRX.....	550, 723	EPOGEN.....	230
EMBRACE SAFETY LANCET.....	613, 723	ENDO AVITENE.....	226	EPRONTIA.....	359
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS.....	613, 723	Endocet.....	116, 127	<i>eprosartan</i>	196
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2).....	613, 723	ENDOMETRIN.....	451	EPSOLAY.....	513
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1).....	613, 723	ENFAMIL DUAL PROBIOTICS-VIT D.....	67	EQUETRO.....	344, 358
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR.....	613, 723	ENGERIX-B (PF).....	325, 326	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	248, 249
		Enilloring.....	169	<i>ergoloid</i>	814
		<i>enoxaparin</i>	232	ERGOMAR.....	411
		ENOXILUV.....	232	<i>ergotamine-caffeine</i>	416
		Enpresse.....	181	ERIVEDGE.....	161
		Enskyce.....	174	ERLEADA.....	167
		ENSPRYNG.....	337	<i>erlotinib</i>	163
		ENSTILAR.....	520	ERMEZA.....	442
		ENSURE CLEAR THERAPEUTIC.....	289	Errin.....	171
		ENSURE RAPID HYDRATION.....	280	ERTACZO.....	521
		ENSURE SURGERY.....	289	Ery Pads.....	525
				Ery-Tab.....	12
				ERYTHROCIN (AS STEARATE).....	12
				<i>erythromycin</i>	12, 833
				<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	12
				<i>erythromycin with ethanol</i>	525

<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	532	EVENCARE G3 TEST .644, 724	E-Z JECT THIN LANCETS	614, 725
<i>escitalopram oxalate</i>	397	EVENCARE MINI	EZ SMART CONTROL	614, 725
<i>esomeprazole magnesium</i>	43, 44	GLUCOSE CONTROL	EZ SMART LANCETS	.614, 725
ESPEROCT	239	EVENCARE MINI	EZ SMART PLUS SYSTEM	614, 725
Estarylla.....	174	GLUCOSE TEST STR	EZ SMART PLUS TEST	644, 726
<i>estazolam</i>	377, 395	EVENCARE MINI	EZ SMART SYSTEM...614, 726	
<i>estradiol</i>	436, 671	MONITOR SYSTEM....	EZ SMART TEST	644, 726
<i>estradiol valerate</i>	436	EVENCARE PROVIEW	EZALLOR SPRINKLE	197
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	430	CONTROL-L2,L3.....	<i>ezetimibe</i>	196
ESTRING.....	672	EVENCARE PROVIEW	<i>ezetimibe-rosuvastatin</i>	216
ESTROGEL.....	437	TEST STRIP	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	216
<i>estrogens-</i>		EVENCARE TEST	FABHALTA.....	225, 242
<i>methyltestosterone</i>	431	<i>evening primrose oil</i>	FACTIVE.....	6
ESTROVEN CMPLT		EVERLYWELL COVID19	Falmina (28).....	174
MENOPAUSE RLF	808	HOM COLLECT	<i>famciclovir</i>	13
ESTROVEN MENOPAUSE	297	<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..	FAMIL-E.....	306
ESTROVERA.....	808	<i>everolimus</i>	<i>famotidine</i>	43
<i>eszopiclone</i>	370	(<i>immunosuppressive</i>).....	FANAPT	383
<i>ethacrynic acid</i>	194	EVERSENSE E3 SMART	FANTASY CONDOM...544, 726	
<i>ethambutol</i>	22	TRANSMITTER.....	FARXIGA.....	425
<i>ethosuximide</i>	368	EVICEL.....	FASENRA PEN	98
ETHOXIA.....	538	EVIVO WITH MCT OIL.....	FASTEP COVID-19 AG	
<i>ethyl acetate</i>	665	EVOLUTION BLOOD	HOME TEST	548, 726
<i>ethyl chloride</i>	471	GLUCOSE METER....	FC2 FEMALE CONDOM	545, 726
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	174	EVOLUTION NORMAL	<i>febuxostat</i>	812
<i>etodolac</i>	125	CONTROL.....	FEIBA NF	234
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	170	EVOLUTION TEST STRIPS	<i>felbamate</i>	354
<i>etoposide</i>	149	EVOTAZ.....	<i>felodipine</i>	207
<i>etravirine</i>	3	EVRYSDI.....	FEM DOPHILUS	67
<i>eua patient assessment</i>	542, 723	EXCEL SYRINGE	FEM PH.....	673
EUCERIN ADVANCED		EXEL HYPODERMIC	FEMALE CATHETER..574, 726	
REPAIR.....	507	NEEDLES.....	FEMCAP.....	546, 726
EUCERIN INTENSIVE		EXEL INSULIN	FEMRING	672
REPAIR.....	507	EXEL SYRINGE	<i>fenofibrate</i>	205
EUCRISA.....	458	EXELDERM.....	<i>fenofibrate micronized</i>	205
EUFLEXXA.....	678	<i>exemestane</i>	<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	205
EURAX.....	458	EXKIVITY	<i>fenofibric acid</i>	205
EUTHYROX.....	442	EXODERM.....	<i>fenofibric acid (choline)</i>	205
EVAMIST.....	437	EXSERVAN.....	<i>fenoprofen</i>	122
EVARREST	234	EXTENDED RESERVOIR	FENOVAR.....	527
EVENCARE.....	614, 724	.....	<i>fentanyl</i>	108
EVENCARE G2... 613, 644, 723		EYE.....	<i>fentanyl citrate</i>	108
EVENCARE G3 CONTROL	614, 723	EYE HEALTH PLUS	<i>fentanyl citrate (pf)</i>	108, 142
EVENCARE G3 GLUCOSE METER.....	614, 724	LUTEIN	<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl</i>	108
		EYE MULTIVITAMIN...298, 804	FENTORA.....	109
		EYSUVIS.....		
		E-Z JECT LANCETS... 614, 725		

<i>fenugreek seed</i>	808	FLAREX.....	841	FLUMIST QUAD 2023-2024	311, 324
FERGON.....	267	FLASHARREST.....	808	<i>flunisolide</i>	91
FERIVA 21-7.....	269	<i>flavoxate</i>	820	<i>fluocinolone</i>	497
FERIVA FA (WITH		<i>flaxseed oil</i>	808	<i>fluocinolone acetonide oil</i>	668
SUMALATE).....	269	<i>flecainide</i>	217	<i>fluocinolone and shower cap</i>	497
FERRETTS IPS.....	267	FLEXICHAMBER.....	657, 726	<i>fluocinonide</i>	497, 498
FERRIPROX.....	187	FLEXICHAMBER-LG CHILD		Fluocinonide-E.....	498
<i>ferrous fumarate</i>	267	MASK.....	657, 726	<i>fluocinonide-emollient</i>	498
<i>ferrous gluconate</i>	267	FLEXICHAMBER-SM		FLUOPAR.....	490
<i>ferrous sulfate</i>	267, 268	ADULT MASK.....	657, 726	<i>fluorescein-benoxinate</i>	837, 846
<i>fesoterodine</i>	820	FLEXICHAMBER-SM		<i>fluorescein-proparacaine</i>	837
FETZIMA.....	381	CHILD MASK.....	657, 726	<i>fluoride (sodium)</i>	330
FE-VITE.....	268	FLEXI-SEAL SIGNAL FMS		FLUORIDEX DAILY	
FIASP FLEXTOUCH U-100		.....	543, 726	DEFENSE.....	330
INSULIN.....	422	FLINTSTONES COMPLETE		FLUORIDEX SENSITIVITY	
FIASP PENFILL U-100		(FE SULF).....	309	RELIEF.....	330
INSULIN.....	422	FLINTSTONES IMMUNITY		FLUORIMAX 5000.....	330
FIASP PUMPCART.....	422	SUPPORT.....	309	FLUORIMAX 5000	
FIASP U-100 INSULIN.....	422	FLINTSTONES WITH		SENSITIVE.....	330
FIBER (PSYLLIUM HUSK-		EXTRA IRON.....	309	<i>fluorometholone</i>	841
SUGAR).....	49	FLOLIPID.....	197	FLUOROPLEX.....	516
FIBER (WITH		FLORAJEN WOMEN.....	67	<i>fluorouracil</i>	516
ASPARTAME).....	49	FLORASAVE.....	67	FLUOVIX.....	498
FIBER GUMMIES.....	49	FLORASTOR ADVANCED...67		FLUOVIX PLUS.....	498
FIBER GUMMIES (WITH B-		FLORASTORBABY.....	67	<i>fluoxetine</i>	397
COMPLEX).....	49	FLORASTORKIDS.....	67	FLUOXIA.....	488
FIBER		FLORASTORSELECT GUT		<i>fluphenazine hcl</i>	350
SUPPLEMENT(WHEATDEX		BOOST.....	67	<i>flurandrenolide</i>	498
TRIN).....	49	FLORASTORSELECT		<i>flurazepam</i>	377, 395
FIBER THERAPY		IMMUNITY BOOST.....	68	<i>flurbiprofen</i>	122
(PSYLLIUM-SUCRO).....	49	FLORATUMMYS QUICK		<i>flurbiprofen sodium</i>	837
FIBERWELL.....	49	DISSOLVE.....	68	<i>fluticasone propionate</i>	86, 91, 498
FILSPARI.....	189	FLOSEAL.....	234	<i>fluticasone propion-</i>	
FILSUVEZ.....	464	FLOWFLEX COVID-19 AG		<i>salmeterol</i>	101
<i>filter needles</i>	563, 726	HOME TEST.....	548, 726	<i>fluvastatin</i>	198, 199
FILTERED EXTENSION		FLUAD QUAD 2023-24(65Y		<i>fluvoxamine</i>	397
SET.....	551, 726	UP)(PF).....	323	FLUZONE HIGHDOSE	
FINACEA.....	513, 525	FLUARIX QUAD 2023-2024		QUAD 23-24 PF.....	324
<i>finasteride</i>	815	(PF).....	324	FLUZONE QUAD 2023-	
FINGERSTIX LANCETS		FLUBLOK QUAD 2023-2024		2024.....	324
.....	614, 726	(PF).....	324	FLUZONE QUAD 2023-	
<i>flingolimod</i>	454	FLUCELVAX QUAD 2023-		2024 (PF).....	324
FINTEPLA.....	362	2024.....	324	FML FORTE.....	841
Finzala.....	174	FLUCELVAX QUAD 2023-		FOLAGENT DHA.....	298
Fioricet.....	132	2024 (PF).....	324	FOLAMAX.....	298
FIRDAPSE.....	674	<i>fluconazole</i>	13	FOLAMED DHA.....	298
FIRMAGON.....	159	<i>flucytosine</i>	13	FOLCYTEINE.....	306
FIRMAGON KIT W		<i>fludrocortisone</i>	432		
DILUENT SYRINGE.....	159	FLULAVAL QUAD 2023-			
FISH OIL.....	212, 213	2024 (PF).....	324		

FOLET ONE.....	251, 284	FORA TN'G ADV MOBILE	FORTIFY WOMEN
<i>folic acid</i>	266	MULTI MTR.....	PROBIO(L.SALIV.).....
FOLIC D3.....	276	FORA TN'G ADVAN PRO	FORTIFY WOMEN
FOLIKA-BC.....	246	TEST STRIP.....	PROBIOTIC.....
FOLIVANE-OB.....	298	FORA TN'G ADVANCE	FOSAMAX PLUS D.....
FOLLISTIM AQ.....	441	PRO MONITOR.....	<i>fosamprenavir</i>
<i>fondaparinux</i>	237	FORA TN'G VOICE METER	<i>fosfomycin tromethamine</i>
FORA 6 CONNECT		.....	.....
GLUCOSE STRIP.....	645, 726	.....	.....
FORA 6 CONNECT		FORA TN'G VOICE TEST	<i>fosinopril</i>
MULTIFUNCTN MTR..	638, 727	STRIPS.....	<i>fosinopril-</i>
FORA 6CONN-GTEL-TN'G		FORA V10.....	<i>hydrochlorothiazide</i>
ADV STRIP.....	645, 727	FORA V10-V12-D10-D20	FOSRENOL.....
FORA D10.....	615, 639, 727	STRIPS.....	FOTIVDA.....
FORA D15 GLUCOSE-BP		FORA V12 BLOOD	FRAGMIN.....
MONITOR.....	615, 639, 727	GLUCOSE SYSTEM	FRAICHE 5000 PREVI.....
FORA D15G STRIPS..	645, 727	.....	FRAICHE 5000 SENSITIVE
FORA D20.....	615, 645, 727	.....	330
FORA D40D GLUCOSE-BP		FORA V12 GLUCOSE	FREEFLEX PLUS
MONITOR.....	615, 639, 727	FORA V20.....	TRANSFER ADAPTER
FORA D40G GLUCOSE-BP		FORA V30A.....	.....
MONITOR.....	615, 639, 727	FORACARE GD20.....	.....
FORA D40-G31 TEST		FORACARE GD20	FREESTYLE CONTROL
STRIPS.....	645, 727	GLUCOSE METER.....	.....
FORA G20.....	615, 645, 727	FORACARE GD40 TEST	.....
FORA G30A.....	615, 727	STRIPS.....	.....
FORA G30-PREMIUM V10		FORACARE GD40A	.....
TEST STRP.....	645, 727	GLUCOSE METER.....	.....
FORA GD50 BLOOD		FORACARE GD40B	LITE.....
GLUCOSE SYSTEM... 615, 727		GLUCOSE METER.....	616, 730
FORA GD50 TEST STRIPS		FORACARE GDH HIGH	FREESTYLE INSULINX
.....	645, 727	CONTROL.....	.....
FORA GTEL GLUCOSE		.....	616, 646, 730
TEST STRIP.....	645, 727	FORACARE GDH LOW	FREESTYLE INSULINX
FORA GTEL MULTI-		CONTROL.....	TEST STRIPS.....
FUNCTN MONITOR....	638, 728	.....	646, 730
FORA HIGH CONTROL		FORACARE GDH NORMAL	FREESTYLE LANCETS
.....	615, 728	CONTROL.....	.....
FORA LANCING DEVICE		.....	616, 730
.....	615, 728	FORACARE LANCETS	FREESTYLE LIBRE 14 DAY
FORA LOW CONTROL		.....	READER.....
.....	615, 728	<i>formoterol fumarate</i>	616, 730
FORA NORMAL CONTROL		FORTIFY OPT ADV (L.	FREESTYLE LIBRE 14 DAY
.....	615, 728	SALIVARUS).....	SENSOR.....
FORA PREMIUM V10		FORTIFY OPTIMA	617, 730
GLUCOSE METER.....	615, 728	ADVANCED CARE.....	FREESTYLE LIBRE 2
FORA TEST N'GO VOICE		FORTIFY OPTIMA	READER.....
METER.....	615, 728	PROBIOTIC.....	617, 730
FORA TEST STRIP.....	645, 728	FORTIFY OPTIMA WOMEN	FREESTYLE LIBRE 2
		ADVANCED.....	SENSOR.....
		FORTIFY OPTIMA WOMEN	617, 730
		PROBIOTIC.....	FREESTYLE LIBRE 3
		FORTIFY PROBIOTIC.....	READER.....
		69	617, 730
		FORTIFY PROBIOTIC 50	FREESTYLE LIBRE 3
		PLUS.....	SENSOR.....
		68	617, 730
			FREESTYLE LITE METER
		
			617, 730
			FREESTYLE LITE STRIPS
		
			646, 730

FREESTYLE PRECISION	GE100 CONTROL	GILENYA.....	454
.....586, 731	SOLUTION NORMAL..617, 731	GILOTRIF	162
FREESTYLE PRECISION	GE333 BLOOD GLUCOSE	GIMOTI.....	35
NEO METER.....	SYSTEM.....617, 731	<i>ginger (zingiber officinalis)</i> ...	808
FREESTYLE PRECISION	GE333 BLOOD GLUCOSE	<i>ginkgo biloba leaf extract</i>	808
NEO STRIPS.....	TEST STRIP.....	GINKGO BILOBA PLUS	
FREESTYLE SIDEKICK II	GE333 CONTROL	(BACOPA).....	809
.....617, 731	SOLUTION NORMAL..618, 731	GIRLS TRAINING PANTS	
FREESTYLE SYSTEM KIT	<i>gefitinib</i>	4T-5T.....	547, 732
.....617, 731	GEL VEHICLE FOR	<i>glatiramer</i>	455
FREESTYLE TEST.....	NEXOBRID.....	Glatopa.....	455
FREESTYLE UNISTIK 2	<i>gelatin</i>	GLEOSTINE.....	166
.....617, 731	GELCLAIR.....	<i>glimepiride</i>	435
FROTEK.....	GELFILM.....	<i>glipizide</i>	435
<i>frovatriptan</i>	GEL-FLOW.....	<i>glipizide-metformin</i>	435
FRUZAQLA.....	GEL-FLOW NT.....	GLOPERBA.....	812
FULPHILA.....	GELFOAM.....	GLUCAGON (HCL)	
FUROSCIX.....	GELFOAM JMI POWDER...226	EMERGENCY KIT.....	418
<i>furosemide</i>	GELFOAM JMI SPONGE...226	Glucagon Emergency Kit	
FUZEON.....	GELFOAM SPONGE SIZE	(Human).....	418
Fyavolv.....	200.....	GLUCERNA HUNGER	
FYCOMPA...351, 352, 353, 354	GELMIX.....	SMART.....	289
FYLNETRA.....	GELNIQUE.....	GLUCERNA SNACK BAR...289	
Fyremadel.....	GEL-ONE.....	GLUCO NAVII GLUCOSE	
G TUSSIN AC.....	GELSYN-3.....	MONITOR.....	618, 732
<i>gabapentin</i>	GELX.....	GLUCO NAVII TEST STRIP	
GALAFOLD.....	<i>gemfibrozil</i>.....	.....646, 732	
<i>galantamine</i>	Gemmily.....	GLUCOCARD 01 HI-	
GALZIN.....	GEMTESA.....	NORMAL CONTROL...618, 732	
GAMMAGARD LIQUID.....	GENABIO COVID-19 RAPID	GLUCOCARD 01 METER	
GAMMAKED.....	AT-HOME.....	.....618, 732	
GAMUNEX-C.....	GENADEK.....	GLUCOCARD 01 NORMAL	
<i>ganirelix</i>	GENADEK STEP 1.....	CONTROL.....	618, 732
GARDASIL 9 (PF).....	GENADEK STEP 2.....	GLUCOCARD 01 SENSOR	
<i>garlic</i>	GENADUR.....	PLUS.....	646, 732
<i>garlic extract</i>	GENADUR (WITH	GLUCOCARD	
GARLIX.....	LEXINAL).....	EXPRESSION.....	618, 646, 732
GAS RELIEF-PREVENTION.38	Gengraf.....	GLUCOCARD SHINE..618, 733	
GASTRACID.....	GENOTROPIN.....	GLUCOCARD SHINE	
<i>gatifloxacin</i>	GENOTROPIN MINIQUICK	CONNEX METER.....	618, 732
GATTEX 30-VIAL.....	<i>gentamicin</i>	GLUCOCARD SHINE	
GATTEX ONE-VIAL.....	GENTLE IRON.....	EXPRESS METER.....	618, 732
GAVILYTE-C.....	GENTLE SKIN CLEANSER	GLUCOCARD SHINE	
Gavilyte-G.....	GENTLE SKIN	METER.....	618, 732
GAVRETO.....	CLEANSER(WITH SLS).....	GLUCOCARD SHINE	
GDRIVE.....	GENULTIMATE TEST	METER KIT.....	618, 733
GE100 BLOOD GLUCOSE	STRIP.....	GLUCOCARD SHINE TEST	
SYSTEM.....	GENVISC 850.....	STRIPS.....	646, 733
GE100 BLOOD GLUCOSE	GENVOYA.....	GLUCOCARD SHINE XL	
TEST STRIP.....	GI PROTECT.....	METER.....	618, 733

GLUCOCARD VITAL...618, 733	<i>glyburide</i> 435	GUARDIAN 4 GLUCOSE
GLUCOCARD VITAL	<i>glyburide micronized</i>.....435	SENSOR..... 619, 734
SENSOR..... 646, 733	<i>glyburide-metformin</i>.....435	GUARDIAN 4
GLUCOCARD VITAL TEST	<i>glycerin</i> 491	TRANSMITTER..... 619, 734
STRIPS.....646, 733	<i>glycine urologic solution</i> 816	GUARDIAN CONNECT
GLUCOCOM AUTOLINK	<i>glycopyrrolate</i> 38, 331	TRANSMITTER..... 619, 734
.....618, 733	<i>glycopyrrolate (pf)</i>.....38	GUARDIAN LINK 3
GLUCOCOM BLOOD	Glydo..... 479	TRANSMITTER..... 619, 734
GLUCOSE..... 618, 733	GLYRX-PF.....38	GUARDIAN SENSOR 3
GLUCOCOM CONTROL	GLYTACTIN BETTERMILK	.....619, 734
HIGH.....619, 733	5-5..... 287	GUMMY DINOS..... 263
GLUCOCOM CONTROL	GLYXAMBI..... 433	GVOKE.....419
NORMAL..... 619, 733	GM100.....619, 647, 733	GVOKE HYPOPEN 1-PACK
GLUCOCOM GLUCOSE	GOCOVRI.....402	.....418
.....646, 733	GOJJI BLOOD GLUCOSE	GVOKE HYPOPEN 2-PACK
GLUCOCOM LANCETS	TEST STRIP..... 647, 734	.....419
.....619, 733	GOJJI GLUCOSE CNTRL	GVOKE PFS 1-PACK
GLUCOSA IMMUNE	SOL-NORMAL..... 619, 734	SYRINGE..... 419
BOOSTER..... 809	GOJJI LANCETS.....619, 734	GVOKE PFS 2-PACK
<i>glucosam-chondr-c-mang</i>	GOJJI LANCING DEVICE	SYRINGE..... 419
<i>citrate</i>.....800	.....619, 734	GYNAZOLE-1.....672
<i>glucosam-chondr-msm-c-</i>	GOJJI MULTI-FUNCTIONAL	HADLIMA.....56, 105, 138
<i>manganes</i>.....800	METER..... 638, 734	HADLIMA PUSHTOUCH
<i>glucosam-chondr-vit c-mn-</i>	GOLD BOND	.....56, 105, 138
<i>boron</i> 800	THERAPEUTIC FOOT..... 507	HADLIMA(CF)..... 57, 105, 139
<i>glucosamine 2kcl-msm-</i>	GONAL-F.....441	HADLIMA(CF)
<i>chondroit</i>.....800	GONAL-F RFF.....441	PUSHTOUCH.....57, 105, 139
<i>glucosamine hcl-hyaluronic</i> . 800	GONAL-F RFF REDI-JECT.441	HAEGARDA..... 227
<i>glucosamine sulfate</i>.....800	GONITRO.....221	Hailey.....174
GLUCOSAMINE-CHONDR-	GOODLIFE AC-302	Hailey 24 Fe..... 174
D3 (C-MANG).....800	GLUCOSE METER..... 619, 734	Hailey Fe 1.5/30 (28)..... 174
<i>glucosamine-chondroitin</i>.....800	GOODLIFE AC-302 TEST	Hailey Fe 1/20 (28)..... 174
GLUCOSAMINE-	STRIP..... 647, 734	HAIR, SKIN AND NAILS
CHONDROITIN 3X.....800	GOTOKNOW COVID-19 AG	(BIOTIN)..... 274
<i>glucosamine-d3-hyaluronic</i>	HOME TEST.....548, 734	HAIR,SKIN AND NAILS(FA-
<i>acid</i> 800	GRAFIX CORE.....461	BIOTIN)..... 298
<i>glucosamine-msm-chondr-</i>	GRAFIX PRIME.....462	<i>halcinonide</i> 499
<i>d3-bosw</i>.....801	GRAFIX XC..... 462	HALO B-LOCK CLOSED
<i>glucosamine-msm-hyaluron</i>	GRALISE..... 340	LINE ADAPTR.....575, 734
<i>acid</i>.....801	<i>granisetron hcl</i> 46	HALO CLOSED BAG
<i>glucosam-msm-chond-</i>	GRANIX.....229	ADAPTOR..... 575, 735
<i>hrb149-hyal</i>.....801	GRASTEK..... 315	HALO CLOSED LINE
<i>glucose</i> 418	<i>green tea leaf extract</i>.....809	ADAPTOR..... 575, 735
GLUCOSE CONTROL 619, 733	GREEN TEA-600.....809	HALO CLOSED SYRINGE
GLUCOSE KETONE	<i>griseofulvin microsize</i> 29	ADAPTOR..... 575, 735
CONTROL SOLN..... 619, 733	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> 29	HALO CLOSED VIAL
<i>glutamine</i> 35, 249	<i>guaiaicol</i> 667	ADAPTOR..... 575, 735
<i>glutaraldehyde</i> 669	GUAIFENESIN AC..... 90	HALO VIAL CONVERTER
GLUTAREX-2.....278, 289	GUAIFENESIN DAC.....90	.....575, 735
<i>glutathione (bulk)</i> 667, 804	<i>guanfacine</i> 193, 384	<i>halobetasol propionate</i> 476, 499

Haloette.....	170	HEMOFIL M MID.....	239	HUMALOG MIX 50-50
HALOG.....	499, 500	HEMOFIL M SUPER HIGH.	240	KWIKPEN.....
<i>haloperidol</i>	374	HEP FLUSH-10 (PF)...	231, 234	HUMALOG MIX 75-25(U-
<i>haloperidol lactate</i>	374	<i>heparin (porcine)</i>	231	100)INSULN.....
HALUCORT.....	507	<i>heparin (porcine) in 0.9%</i>		HUMALOG U-100 INSULIN
HAPRODERM.....	507	<i>nacl</i>	231, 234	HUMATE-P.....
HARMONY CONTROL		<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	231	HUMATROPE.....
L1,L3.....	619, 735	<i>heparin lock flush (porcine)</i>		HUMIRA.....
HARMONY GLUCOSE		.....	232, 235	HUMIRA PEN.....
TEST STRIP.....	647, 735	HEPARIN		HUMIRA(CF).....
HARVONI.....	15	LOCKFLUSH(PORCINE)(PF		HUMIRA(CF) PEDI
HAVRIX (PF).....	323	).....	232, 235	CROHNS STARTER
HAXCHLO.....	484	<i>heparin, porcine (pf)</i>	232, 235	.....
HAXCHLODREX.....	484	HEPLISAV-B (PF).....	326	HUMIRA(CF) PEN.57, 106, 139
HAXDRAX.....	528	HEPZATO.....	145	HUMIRA(CF) PEN
HCU MAXAMUM.....	288	HEPZATO (50 MM		CROHNS-UC-HS..
HEALON ENDOCOAT.....	839	CATHETER).....	145	57, 105, 139
HEALON GV PRO.....	839	HEPZATO (62 MM		HUMIRA(CF) PEN
HEALON PRO.....	839	CATHETER).....	145	PEDIATRIC UC.....
HEALON5 PRO.....	839	HER STYLE.....	168, 170	57, 106, 139
HEALTHPRO GLUCOSE		HETLIOZ LQ.....	398	HUMIRA(CF) PEN PSOR-
MONITOR.....	620, 735	HEXIOUNYL.....	484	UV-ADOL HS.....
HEALTHPRO HIGH-LOW		HICON.....	163	57, 106, 139
CONTROL.....	620, 735	HI-D ADEK GUMMIES		HUMULIN 70/30 U-100
HEALTHPRO TEST STRIPS		PLUS ZINC.....	284	INSULIN.....
.....	647, 735	HI-D DROP.....	310	446
HEALTHWISE INSULIN		HIGH POTENCY MULTIVIT		HUMULIN 70/30 U-100
SYRINGE.....	586, 735	(W-IRON).....	284	KWIKPEN.....
HEALTHWISE PEN		HIGH POTENCY		446
NEEDLE.....	586, 736	MULTIVITAMIN.....	284	HUMULIN N NPH INSULIN
HEALTHY ACCENTS		HISTEX-AC.....	89	KWIKPEN.....
AUTOLET.....	620, 736	HI-VOLUME PUMPING		447
HEALTHY ACCENTS		CHAMBER SET.....	552, 736	HUMULIN N NPH U-100
UNIFINE PENTIP.....	586, 736	HIXDEFRIMA.....	528	INSULIN.....
HEALTHY ACCENTS		HIZENTRA.....	318	447
UNILET LANCET.....	620, 736	HOMATROPAIRE.....	839	HUMULIN R REGULAR U-
HEALTHY EYES LUTEIN-		HOME NEBULIZER PLUS		100 INSULN.....
ZEAXANTHIN.....	804	SIDESTREAM.....	657, 736	446
HEALTHY EYES		HOMINEX-2.....	288	HUMULIN R U-500 (CONC)
SUPERVISION2.....	804	HORIZANT.....	415	INSULIN.....
Heather.....	171	HORMONE PROTECT.....	809	446
HEMADY.....	438	HPR.....	507	HUMULIN R U-500 (CONC)
HEMANGEOL.....	218	HPR PLUS.....	507	KWIKPEN.....
HEMATEX.....	268	HPR PLUS HYDROGEL.....	489	446
HEMATOGEN.....	269	HPR PLUS-MB HYDROGEL		HYALGAN.....
HEMATOGEN FORTE.....	269	.....	489	678
HEMATRON-AF.....	269	HUMALOG KWIKPEN		HYALO4 CARE.....
HEMLIBRA.....	225	INSULIN.....	422	510
HEMOFIL M HIGH.....	239	HUMALOG MIX 50-50		HYALO4 CARE CLEAR.....
HEMOFIL M LOW.....	239	INSULN U-100.....	420	510
				HYCAMTIN.....
				165
				HYCLODEX.....
				465, 670
				<i>hydralazine</i>
				224
				HYDRALYTE.....
				280
				HYDRALYTE PLUS.....
				280
				HYDRO 35.....
				471
				<i>hydrochlorothiazide</i>
				211, 212
				<i>hydrocodone bitartrate</i>
				109
				<i>hydrocodone-</i>
				<i>acetaminophen</i>
				116, 133, 134
				<i>hydrocodone-</i>
				<i>chlorpheniramine</i>
				95
				<i>hydrocodone-homatropine</i>
				89

<i>hydrocodone-ibuprofen</i> 116, 134	HYQVIA HY COMPONENT .336	ILET INFUSION KIT-INSET
<i>hydrocortisone</i>	HYQVIA IG COMPONENT ..318	23"..... 651, 736
.....62, 438, 455, 501	HYRIMOZ..... 58, 106, 140	ILET INFUSION-CONTACT
<i>hydrocortisone acetate</i> 455	HYRIMOZ PEN.....58, 106, 140	DTCH 23"..... 652, 736
<i>hydrocortisone butyrate</i> 500	HYRIMOZ PEN CROHN'S-	ILET INSULIN PUMP .. 637, 736
HYDROCORTISONE	UC STARTER.....57, 106, 139	ILEVRO..... 837
LOTION COMPLETE..... 462	HYRIMOZ PEN PSORIASIS	ILIDERM..... 529
<i>hydrocortisone valerate</i> 501	STARTER.....57, 106, 139	<i>imatinib</i> 154
<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ... 668	HYRIMOZ(CF)..... 58, 106, 140	IMBRUVICA..... 144, 154
<i>hydrocortisone-iodoquinol-</i>	HYRIMOZ(CF) PEDI	IMCIVREE..... 825
<i>aloe2</i> 481	CROHN STARTER58, 106, 140	IMIOXIA..... 484
<i>hydrocortisone-iodoquinol</i> ... 484	HYRIMOZ(CF) PEN	<i>imipramine hcl</i> 382
<i>hydrocortisone-iodoquinol-</i>	..... 58, 106, 140	<i>imipramine pamoate</i> 382
<i>aloe</i> 481	HYSINGLA ER..... 109	<i>imiquimod</i> 516, 517
<i>hydrocortisone-pramoxine</i>	<i>ibandronate</i> 434	IMMUNERX..... 298
..... 456, 501, 516	IBRANCE..... 162	IMPACT ADVANCED
<i>hydrogen peroxide (bulk)</i>	IBSRELA..... 34	RECOVERY..... 289
..... 668, 669	Ibu..... 122	IMPAVIDO..... 28
Hydromet..... 90	IBUPAK..... 122	IMPOYZ..... 477, 501
<i>hydromorphone</i> 109	<i>ibuprofen</i> 122	INBRIJA..... 402
<i>hydromorphone (pf)</i> 109	<i>ibuprofen-famotidine</i> 119	Incassia..... 171
<i>hydromorphone (pf)-0.9 %</i>	<i>icatibant</i> 193	IN-CHECK NASAL WITH
<i>nacl</i> 109	Iclevia..... 174	MASK..... 640, 736
<i>hydroquinone</i> 473	ICLOFENAC CP..... 527	IN-CHECK ORAL FLOW
<i>hydroxocobalamin</i> 266	ICLUSIG..... 165	METER..... 640, 737
<i>hydroxychloroquine</i> . 14, 15, 127	ID NOW COVID-19 TEST	INCONTROL LANCING
<i>hydroxyethyl</i>	KIT..... 548, 736	DEVICE..... 620, 737
<i>methacrylate,bulk</i> 668	IDACIO(CF)..... 58, 107, 140	INCONTROL PEN NEEDLE
HYDROXYM..... 501	IDACIO(CF) PEN...58, 107, 140	.....586, 737
<i>hydroxypropyl cellulose</i> 664	IDACIO(CF) PEN CROHN-	INCONTROL SUPER THIN
<i>hydroxyurea</i> 148	UC STARTR..... 58, 106, 140	LANCETS..... 620, 737
<i>hydroxyzine hcl</i> 384	IDACIO(CF) PEN	INCONTROL ULTRA THIN
<i>hydroxyzine pamoate</i> 384	PSORIASIS START	LANCETS..... 620, 737
HYFIBER FOR KIDS..... 49	..... 58, 107, 140	INCRELEX..... 437
HYFTOR..... 470	IDARAN..... 513	INCRUSE ELLIPTA..... 84
HYGIENIC CLEANSING	IDEAL BOWEL SUPPORT... 69	<i>indapamide</i> 212
LOTION..... 508	IDELVION..... 243	INDERAL XL..... 218
HYLATOPICPLUS..... 508	IDHIFA..... 152	INDICAID COVID-19 AG
HYLAZINC..... 267	IDYYXIATAR..... 536	HOME TEST..... 548, 737
HYMOVIS..... 678	IGALMI..... 404	INDOCIN..... 125
<i>hyoscyamine sulfate</i> 41, 42, 819	IGG 2000 CWP..... 278	<i>indomethacin</i> 125
HYOSYNE..... 42, 819	IGG PURE..... 279	INFANT PROBIOTIC..... 69
HYPER-SAL..... 665	IGLUCOSE BLOOD	INFANT-TODDLER
HYPOCYN ANTIPRURITIC	GLUCOSE MONITOR. 620, 736	MULTIVITAMIN..... 263
..... 465, 670	IGLUCOSE TEST STRIP	INFANT-TODDLER
HYPOCYN DERMAL... 465, 670	..... 647, 736	MULTIVIT-IRON..... 310
HYPOLANCE AST	IHEALTH COVID-19 AG	INFASURF..... 96
LANCING..... 620, 736	HOME TEST..... 548, 736	INFINITY CONTROL
<i>hypromellose</i> 664	IHEEZO (PF)..... 847	SOLUTION HIGH..... 620, 737
HYQVIA..... 318		

INFINITY CONTROL SOLUTION LOW	620, 737	INSTA-GLUCOSE (WITH DEXTRIN).....	419	I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT	575, 740
INFINITY CONTROL SOLUTION NORM.....	620, 737	INSUFLOX.....	650, 738	<i>ipratropium bromide</i>	84, 91
INFINITY METER KIT. 620, 737		INSUL-CAP	620, 738	<i>ipratropium-albuterol</i>	100
INFINITY STARTER KIT	620, 737	INSUL-EZE	620, 738	<i>irbesartan</i>	196
INFINITY TEST STRIPS	647, 737	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	420	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	209
INFLAMMACIN	119	<i>insulin aspart u-100</i>	423	IRON (FERROUS SULFATE).....	268
INFLAMMA-K.....	527	<i>insulin lispro</i>	423	<i>iron bisglycinate chelate</i>	268
INFLATHERM(DICLOFENA C-MENTHOL).....	119	<i>insulin lispro protamin-lispro</i>	420	IRON FOLATE PLUS	269
INGREZZA.....	406, 413	<i>insulin syrlndl u100 half mark</i>	587, 738	IRON FOLATE-F	269
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV).....	406, 413	INSULIN SYRINGE.....	587, 739	<i>iron,carbonyl-vitamin c</i>	269
INGREZZA SPRINKLE	406, 413, 414	MICROFINE	587, 739	IRRIGATION SYRINGE	563, 740
INJECT EASE LANCETS	620, 737	<i>insulin syringe-needle u-100</i>	588, 739	ISENTRESS.....	20
INLYTA.....	154	INSUPEN PEN NEEDLE	588, 739	ISENTRESS HD	20
INNOPRAN XL.....	218	INSYTE IV CATHETER	552, 739	Isibloom.....	174
INNOSPIRE DELUXE. 657, 737		INTEGRA SYRINGE... 563, 739		I-SIGHT	804
INNOSPIRE ELEGANCE	657, 737	INTELENCE	3	<i>isoflurane</i>	141
INNOSPIRE ESSENCE	657, 737	INTELISWAB COVID-19 HOME TEST	549, 740	<i>isoniazid</i>	20
INNOSPIRE GO NEBULIZER.....	550, 737	INTENSE DRY SKIN THERAPY	508	<i>isopropyl alcohol</i>	667
INNOSPIRE MINI.....	657, 737	INTERLINK LEVER LOCK CANNULA.....	575, 740	<i>isosorbide dinitrate</i>	221
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER	658, 738	INTERLINK SYRINGE AND CANNULA.....	563, 740	<i>isosorbide mononitrate</i>	221
INPEFA.....	416	INVACARE LANCETS.620, 740		<i>isosorbide-hydralazine</i>	209
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE.....	586, 738	INVELTYS.....	841	<i>isotretinoin</i>	540
INPEN (FOR HUMALOG) GREY.....	587, 738	INVIGOFLEX AMPM.....	801	<i>isradipine</i>	207
INPEN (FOR HUMALOG) PINK.....	587, 738	INVIGOFLEX CS.....	801	ISTURISA.....	433
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE.....	587, 738	INVIGOFLEX D.....	801	IS-ZC 50.....	277
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY.....	587, 738	INVIGOFLEX GS.....	801	ITHOXIA.....	538
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK.....	587, 738	INVOKAMET	426	<i>itraconazole</i>	14
INQOVI.....	160	INVOKAMET XR.....	426	I-VALEX-2.....	287
INREBIC.....	158	INVOKANA.....	425	IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE.....	552, 740
INSPIRATION ELITE FILTER.....	658, 738	INZDEAXIATAR.....	535	IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE.....	552, 740
		INZDEAXIAR.....	535	IVENIX ADMIN SET SINGLE-INLET.....	552, 740
		INZDEOXIA.....	532	IVENIX BLOOD PRODUCT ADMIN SET	573, 740
		IODOFLEX.....	670	<i>ivermectin</i>	1
		IODOSORB.....	670	IWILFIN.....	143
		IOPIDINE.....	849	IXINITY.....	243
		IPOL.....	320	IYUZEH (PF).....	848
		I-PORT	575, 740	Jaimiess.....	184
		I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT	575, 740	JAKAFI.....	163
				Jantoven.....	231
				JANUMET.....	450
				JANUMET XR.....	450
				JANUVIA.....	449

JARDIANCE.....	425	JYLAMVO.....	134, 146	KEVARTIA.....	486
JARRO-DOPHILUS		JYNARQUE.....	823	KEVARYA.....	486
ALLERGEN FREE.....	69	K1-1000.....	305	KEVEYIS.....	674
JARRO-DOPHILUS BABY....	69	K2-D3 MAX.....	307	KEVZARA.....	130, 131
JARRO-DOPHILUS BABY		Kaitlib Fe.....	175	KEXM.....	473
PROBIOTIC.....	69	Kalliga.....	175	KEYA.....	486
JARRO-DOPHILUS DIGEST		KALYDECO.....	80	KEYFOLIC.....	298
SURE.....	69	KANGAROO 924 SAFETY		KIDS MELATONIN.....	400
JARRO-DOPHILUS EPS.....	70	SCREW.....	576, 740	KIDS MULTI ZERO.....	310
JARRO-DOPHILUS GUT		KANGAROO EPUMP SET		KIDS MULTIVITAMIN-	
CALM.....	70	.....	576, 740	MINERALS.....	310
JARRO-DOPHILUS KIDS.....	70	KANGAROO GRAVITY SET		KIDS SLEEP CALM.....	399
JARRO-DOPHILUS PLUS		.....	576, 740	KIDS SLEEP IMMUNE	
FOS.....	70	KAPSPARGO SPRINKLE... 210		HEALTH.....	399
JARRO-DOPHILUS		KARBINAL ER.....	82, 88	KIMONO CONDOMS(NON-	
PRENATAL.....	70	Kariva (28).....	184	LUBRICATED).....	544, 741
JARRO-DOPHILUS ULTRA..	70	KATARAXAP.....	485	KIMONO LUBRICATED	
JARRO-DOPHILUS		KATARVIA.....	485	CONDOMS.....	544, 741
WOMEN.....	70	KATARYA.....	486	KIMONO MICROTHIN	
Jasmiel (28).....	174	KATARYAXN.....	486	AQUA LUBE CON.....	544, 741
JATENZO.....	424	KATERZIA.....	207	KIMONO MICROTHIN	
Javygtor.....	828	KAXM.....	473	CONDOMS.....	544, 741
JAYPIRCA.....	145, 154	KEIDO.....	486	KIMONO MICROTHIN	
JAZZ WIRELESS 2 METER		Kelnor 1/35 (28).....	175	LARGE CONDOMS....	544, 741
KIT.....	620, 740	Kelnor 1-50 (28).....	175	KIMONO TEXTURED	
JELMYTO.....	145	KELOTOP.....	663, 740	CONDOMS.....	544, 741
Jencycla.....	171	KENDALL DISINFECTANT		KINDERLYTE HERBAL	
JENTADUETO.....	450	CAP.....	575, 740	IMMUNITY.....	280
JENTADUETO XR.....	450	KENGUARD FOLEY		KINDERMED INFANTS	
JESDUVROQ.....	225	CATHETER.....	574, 741	COUGH PLUS.....	803
Jinteli.....	431	KERAGEL.....	467, 741	KINDERMED INFANTS	
JIVI.....	240	KERAGELT.....	467, 741	NIGHT COUGH.....	803
JOENJA.....	829	KERALYT SCALP		KINERET.....	130
JOLESSA.....	175	COMPLETE.....	471	Kionex (With Sorbitol).....	290
JORNAY PM.....	388	KERAMATRIX.....	540	Kiprofen.....	123
Joyeaux.....	175	KERASTAT.....	491, 492	KISQALI.....	162
JUBLIA.....	515	KERENDIA.....	221	KISQALI FEMARA CO-	
Juleber.....	175	KERLIX AMD.....	468, 741	PACK.....	148
JULIE.....	168, 170	KESIMPTA PEN.....	452	KLARITY (CHONDROITIN)	
JULUCA.....	17	KETARYA.....	486	(PF).....	835
Junel 1.5/30 (21).....	175	<i>ketocoazole</i>	29, 521	Klayesta.....	506
Junel 1/20 (21).....	175	Ketodan.....	521	KLISYRI.....	470
Junel Fe 1.5/30 (28).....	175	KETODAN KIT.....	521	Klor-Con M10.....	282
Junel Fe 1/20 (28).....	175	KETONE CARE.....	650, 741	Klor-Con M15.....	282
Junel Fe 24.....	175	KETONE URINE TEST.....	650, 741	Klor-Con M20.....	283
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-		KETONEX-2.....	287	KLOXXADO.....	189
PROBIOTIC.....	310	<i>ketoprofen</i>	123	KOATE.....	240
JUST RIGHT 5000.....	330	<i>ketorolac</i>	123, 124, 837	KOGENATE FS.....	240
JUVAZIN.....	489	KETOSTIX.....	650, 741	KONSYL DAILY FIBER	
JUXTAPID.....	195	KEVARAXAP.....	486	(STEVIA).....	49

KONSYL SUGAR-FREE.....	49	LAMICTAL XR STARTER		<i>leuprolide</i>	166
KONVOMEPI.....	59	(ORANGE).....	356	<i>levabuterol hcl</i>	94
KORLYM.....	451	LAMIOFLUR.....	331	<i>levabuterol tartrate</i>	95
KOSELUGO.....	157	<i>lamivudine</i>	19, 30	<i>levamlodipine</i>	207
KOSHER PRENATAL PLUS		<i>lamivudine-zidovudine</i>	16	LEVEMIR FLEXPEN.....	421
IRON.....	251	<i>lamotrigine</i>	344, 356	LEVEMIR U-100 INSULIN...	421
KOTARAXAP.....	486	LAMPIT.....	22	<i>levetiracetam</i>	394
KOVALTRY.....	240	<i>lancets</i>	620, 741	LEVICYN ANTIPRURITIC	
KOVANAZE.....	329	LANCETS, SUPER THIN		.....	460, 464
K-PHOS NO 2.....	818	.....	621, 741	LEVICYN ANTIPRURITIC	
K-PHOS ORIGINAL.....	818	LANCETS, THIN.....	621, 741	SG.....	508
KRAZATI.....	160	LANCETS, ULTRA THIN		LEVICYN DERMAL.....	465
K-RIGHT.....	307	.....	621, 742	<i>levobunolol</i>	838
<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-</i>		<i>lancing device</i>	621, 742	<i>levocarnitine</i>	273, 831
<i>ast</i>	213	LANCING DEVICE WITH		<i>levocarnitine (with sugar)</i>	831
KRINTAFEL.....	15	LANCETS.....	621, 742	<i>levocarnitine tartrate</i>	273
KRISTALOSE.....	78	<i>lancing device with lancets</i>		<i>levocetirizine</i>	83, 97
Kurvelo (28).....	175	.....	621, 742	<i>levofloxacin</i>	6, 832
KUTAR.....	486	LANCING SYSTEM.....	621, 742	Levonest (28).....	181
KUTARVIA.....	486	LANOLIN (HPA).....	492	<i>levonorgest-eth.estradiol-</i>	
KUTARYAXM.....	486	<i>lansoprazole</i>	44	<i>iron</i>	176
KUTARYAXMPA.....	486	<i>lanthanum</i>	823	<i>levonorgestrel</i>	169, 170
KUTEA.....	473	LANZO LANCING DEVICE		<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	176
KUVAN.....	828	.....	621, 742	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	
KUVARYA.....	486	<i>lapatinib</i>	164	.....	181
KUVARYE.....	487	Larin 1.5/30 (21).....	176	Levora-28.....	176
KUXM.....	473	Larin 1/20 (21).....	176	<i>levorphanol tartrate</i>	110
KYLEENA.....	183	Larin 24 Fe.....	176	<i>levothyroxine</i>	442
KYZATREX.....	424	Larin Fe 1.5/30 (28).....	176	LEVULAN.....	478
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>		Larin Fe 1/20 (28).....	176	LEXETTE.....	477, 502
.....	169, 184	<i>latanoprost</i>	848	LEXITRAL PHARMAPAK II.	527
<i>l. acidophilus-b. coagulans</i>	70	LAYOLIS FE.....	176	L-GLUTAMINE.....	249
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-		LC PLUS.....	550, 742	LIBERVANT.....	377, 379
TETRA).....	479	LC PLUS NEBULIZER-PED		LICART.....	474
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-		MASK.....	551, 742	LICE-BEDBUG-MITE	
TETRA).....	479	LC-655.....	262	BEDDING.....	459
<i>labetalol</i>	208	L-CARNITINE.....	273	<i>licorice root (g.glabra)</i>	809
<i>lacosamide</i>	355	L-CARNITINE (TARTRATE)	273	LIDO BDK.....	640
LACRISERT.....	835	L-CARNOSINE.....	249	<i>lidocaine</i>	142, 479, 480
<i>lactase</i>	42	LDO PLUS.....	479	<i>lidocaine hcl</i>	142, 327, 479
<i>lactated ringers</i>	305	LEENA 28.....	181	<i>lidocaine hcl-hydrocortison</i>	
<i>lactobacillus acidophilus</i>	70	LEFLUNICLO.....	131, 474	<i>ac</i>	456, 516
<i>lactobacillus acidoph-l.bulgar</i>	70	<i>leflunomide</i>	131	Lidocaine Viscous.....	327
<i>lactulose</i>	32, 78	<i>lenalidomide</i>	164	<i>lidocaine-hydrocortisone-</i>	
LAGEVRIO (EUA).....	29	LENVIMA.....	154	<i>aloe</i>	456
LAMICTAL XR STARTER		Lessina.....	176	<i>lidocaine-prilocaine</i>	529
(BLUE).....	355	<i>letrozole</i>	167	<i>lidocaine-racepinep-</i>	
LAMICTAL XR STARTER		<i>leucovorin calcium</i>	143, 144	<i>tetracaine</i>	480
(GREEN).....	356	LEUKERAN.....	146	<i>lidocaine-tetracaine</i>	480
		LEUKINE.....	232	Lidocan lii.....	480

Lidocan Iv.....	480	LOFRIC HYDRO-KIT ...	574, 742	<i>lutein-zeaxanthin</i>	805
Lidocan V	480	LOFRIC ORIGO	574, 742	<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext</i>	
LIDOMARK 1-5.....	142	LOFRIC PRIMO NELATON		.....	805
LIDOMARK 2-5.....	142	CATHETER.....	574, 742	Lutera (28).....	177
LIDOPIN.....	480	LOFRIC SENSE NELATON		LUXAMEND	508
LIDOPURE PATCH.....	480	CATHETER.....	574, 742	LYBALVI.....	343, 372, 376
LIDORX.....	480	Lojaimiess.....	184	Lyleq.....	171
LIDORXKIT.....	529	LOKELMA.....	290	Lyllana.....	437
LIDOSOL-50.....	480	LOMAIRA.....	826	LYNPARZA.....	152
LIDTOPIC MAX.....	480	LONSURF	148	<i>lysine hcl</i>	249
LIKMEZ.....	15	<i>loperamide</i>	39	LYSODREN.....	148
LILETTA.....	183	<i>lopinavir-ritonavir</i>	22	LYTGOBI.....	149
<i>linezolid</i>	6	LOPROX KIT.....	528	LYUMJEV KWIKPEN U-100	
LINZESS.....	36, 47	<i>lorazepam</i>	377, 396	INSULIN.....	423
<i>liothyronine</i>	442	Lorazepam Intensol....	377, 396	LYUMJEV KWIKPEN U-200	
LIPOCHOL PLUS.....	213	LORBRENA.....	150	INSULIN.....	423
LIPO-FLAVONOID.....	275	LOREEV XR.....	377, 396	LYUMJEV TEMPO PEN(U-	
LIQREV.....	192	LORMATE.....	307	100)INSULN.....	423
LIQUACEL.....	279	Loryna (28).....	176	LYUMJEV U-100 INSULIN..	423
LIQUID C.....	272	<i>losartan</i>	196	LYVISPAH.....	677
LIQUID MULTIVITAMIN.....	299	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	209	Lyza.....	171
<i>lisdexamfetamine</i>	388	LOTEMAX.....	841	MACULAPF.....	805
<i>lisinopril</i>	223	LOTEMAX SM.....	841	<i>mafenide acetate</i>	510
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>		<i>loteprednol etabonate</i> ..	841, 842	<i>mag citrate-potassium citrate</i>	
.....	220	LOTREXONE.....	102	.....	281
LITE TOUCH-MEDIUM		LOUTREX.....	482, 508	MAGE.....	71
MASK.....	658, 742	<i>lovastatin</i>	199	MAGELLAN INSULIN	
LITEAIRE MDI CHAMBER		Low-Ogestrel (28).....	176	SAFETY SYRNG.....	588, 743
.....	658, 742	<i>loxapine succinate</i>	374	MAGELLAN SAFETY	
LITETOUCH-LARGE MASK		LOYON.....	508	NEEDLE.....	564, 743
.....	658, 742	Lo-Zumandimine (28).....	177	MAGELLAN SAFETY	
LITETOUCH-SMALL MASK		<i>lubiprostone</i>	34, 60	SYRINGE.....	564, 743
.....	658, 742	LUCEMYRA.....	332	MAGELLAN SYRINGE	
LITFULO.....	457	LUCIRA CHECK-IT COVID		.....	564, 588, 743
<i>lithium carbonate</i>	383	HOME TST.....	549, 742	MAGIC3 INTERMITTENT	
<i>lithium citrate</i>	383	LUER LOCK SYRINGE		CATHETER.....	574, 744
LITHOLYTE.....	817	.....	563, 743	MAGMIND.....	262
LITHOSTAT.....	814	LUER SLIP TIP SYRINGE		<i>magnesium</i>	262
LIVALO.....	199	TRAY.....	563, 743	<i>magnesium chloride</i>	262
LIVER PROTECT.....	804	LUER-LOK TIP.....	564, 743	<i>magnesium citrate</i>	262
LIVITA FOR ADULT.....	299	LUGOLS.....	263, 670	<i>magnesium citrate,mag</i>	
LIVITA FOR CHILDREN.....	310	<i>luliconazole</i>	522	<i>oxide</i>	262
LIVMARLI.....	102	LUMAKRAS.....	160	<i>magnesium citrate-lemon</i>	
LIVTENCITY.....	22	LUMIGAN.....	848	<i>balm</i>	281
L-MESITRAN SOFT.....	468	LUMINOPIA DIGITAL APP		MAGNESIUM COMPLEX....	262
LMR PLUS.....	529	(30-DAY).....	550, 743	<i>magnesium glycinate</i>	262
LO LOESTRIN FE.....	184	LUMRYZ.....	347	MAGNESIUM OPTIMIZER..	281
LODOCO.....	102	LUPKYNIS.....	337	<i>magnesium oxide</i>	47, 262
Lofena.....	122	<i>lurasidone</i>	373	MAHANA IBS.....	550, 744
LOFRIC.....	574, 742	<i>lutein</i>	804	<i>malathion</i>	459

<i>maraviroc</i>	28	<i>meclizine</i>	37	<i>melatonin-pyridoxal phos</i>	
MAR-COF BP.....	89	<i>meclofenamate</i>	121	(b6).....	399
MAR-COF CG.....	90	<i>mecobalamin (vitamin b12)</i> ..	266	<i>melatonin-pyridoxine (vit b6)</i>	
Marlissa (28).....	177	MEDCAPS MENOPAUSE...	809	.....	399, 809
MARNATAL-F.....	251	MEDIHONEY (CAL		<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6)</i>	
MARPLAN.....	384	ALGINATE-HONEY)....	468, 744	.....	399, 809
MARVONA SUIK (PF).....	142	MEDIHONEY (HONEY).....	468	<i>melatonin-theanine</i>	399
MATULANE.....	166	MEDIHONEY		<i>meloxicam</i>	123
Matzim La.....	207	(HYDROCOLLOID-HONEY)		<i>meloxicam submicronized</i> ...	123
MAVENCLAD (10 TABLET		.....	468, 744	<i>memantine</i>	814
PACK).....	451	MEDISENSE.....	621, 744	MEN 50 PLUS	
MAVENCLAD (4 TABLET		MEDISENSE CONTROLS		MULTIVITAMIN.....	299
PACK).....	451	1-HI 1-LO.....	621, 745	MENEST.....	437
MAVENCLAD (5 TABLET		MEDISENSE GLUCOSE		MENOFEM.....	809
PACK).....	452	KETONE.....	621, 745	MENOPUR.....	443
MAVENCLAD (6 TABLET		MEDISENSE MID		MENOSTAR.....	437
PACK).....	452	CONTROL.....	621, 745	MENQUADFI (PF).....	314
MAVENCLAD (7 TABLET		MEDISENSE THIN		MEN'S 50 PLUS	
PACK).....	452	LANCETS.....	621, 745	MULTIVITAMIN.....	299
MAVENCLAD (8 TABLET		<i>medium chain triglycerides</i> ..	288	MEN'S DAILY GUMMIES...	299
PACK).....	452	MEDLANCE PLUS		MEN'S MULTIVITAMIN	
MAVENCLAD (9 TABLET		LANCETS.....	621, 745	GUMMIES.....	299
PACK).....	452	MEDLANCE PLUS		MEN'S ONE DAILY.....	299
MAVYRET.....	25	SPECIAL BLADE.....	621, 745	MENTAX.....	528
MAXFE (FOLATE).....	269	MEDPOINT NORMAL		MENTHO-CAINE.....	530
MAXICOMFORT II PEN		CONTROL.....	621, 745	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	
NEEDLE.....	588, 744	MEDROL.....	439	(PF).....	314
MAXICOMFORT INSULIN		MEDROLOAN II SUIK.....	439	<i>mepidrine</i>	110
SYRINGE.....	589, 744	MEDROLOAN SUIK.....	439	<i>mepidrine (pf)</i>	110
MAXI-COMFORT INSULIN		<i>medroxyprogesterone</i> ..	185, 431	<i>meprobamate</i>	384
SYRINGE.....	589, 744	MEDTRONIC EXT		<i>mercaptopurine</i>	147
MAXICOMFORT SAFETY		INFUSION SET 23".....	652, 745	Merzee.....	177
PEN NEEDLE.....	589, 744	MEDTRONIC EXT		<i>mesalamine</i>	32, 33
MAXIDEX.....	842	INFUSION SET 32".....	652, 745	<i>mesalamine with cleansing</i>	
MAXI-TUSS AC.....	90	<i>mefenamic acid</i>	121	<i>wipe</i>	33
MAXI-TUSS CD.....	89	<i>mefloquine</i>	15	MESNEX.....	143
MAXORB EXTRA.....	468, 744	MEGARED ADV TOTAL		Metadate Er.....	389
MAYZENT.....	454	BODY REFRESH.....	213	<i>metaxalone</i>	677
MAYZENT STARTER(FOR		MEGARED ADVANCED 4-		METDRAY.....	491
1MG MAINT).....	454	IN-1.....	213	METER-CHECK.....	621, 745
MAYZENT STARTER(FOR		MEGARED ADVANCED		<i>metformin</i>	423, 424
2MG MAINT).....	454	TOTAL BODY.....	213	<i>methadone</i>	110
MB HYDROGEL.....	490	MEGARED OMEGA-3		Methadone Intensol.....	110
MB HYDROGEL		KRILL OIL.....	213	Methadose.....	110
(CYCLOMETHICONE).....	490	<i>megestrol</i>	166, 826	<i>methamphetamine</i>	369, 389
MC 300 NEBULIZER W-		MEKINIST.....	157	<i>methazolamide</i>	194
MOUTHPIECE.....	551, 744	MEKTOVI.....	157	<i>methenamine hippurate</i> ..	31, 818
MC 300 NEBULIZER-		<i>melatonin</i>	400, 401, 802	<i>methenamine mandelate</i>	
UNVRSL TUBING.....	551, 744	MELATONINMAX.....	401	.....	31, 818
MCT OIL.....	288				

<i>methen-sod phos-meth blue-hyos</i>	30, 821	MICROCHAMBER.....	658, 745	MINI PLUS NEBULIZER	.....	551, 746
<i>me-thfolate glucos-mecobalamin</i>	307	MICROCYN.....	465, 670	MINI ULTRA-THIN II....	589, 746	
<i>methimazole</i>	417	MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM	.....	MINI WRIGHT PEAK FLOW		
METHITEST.....	424	.....	621, 622, 647, 745, 746	METER.....	641, 747	
<i>methocarbamol</i>	677	MICRODOT HIGH-LOW CONTROL.....	622, 746	MINIMED 630G INSULIN PUMP.....	637, 747	
METHOCEL E 4 M.....	664	MICRODOT LANCET..	622, 746	MINIMED 770G INSULIN PUMP.....	637, 747	
<i>methotrexate sodium</i>	134, 135, 146	MICRODOT NORMAL CONTROL.....	622, 746	MINIMED 780G INSULIN PUMP.....	638, 747	
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	134, 146	MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE.....	589, 746	MINIMED MIO ADVANCE INF SET23".....	652, 747	
<i>methoxsalen</i>	473	MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE.....	647, 746	MINIMED MIO ADVANCE INF SET43".....	652, 747	
<i>methscopolamine</i>	42	Microgestin 1.5/30 (21).....	177	MINIMED QUICK SET 18".....	652, 747	
<i>methsuximide</i>	368	Microgestin 1/20 (21).....	177	MINIMED QUICK SET 23".....	652, 747	
METHYL PROTECT.....	308	Microgestin 24 Fe.....	177	MINIMED QUICK SET 32".....	652, 747	
<i>methyl salicylate</i>	459	Microgestin Fe 1.5/30 (28)...	177	MINIMED QUICK SET 43".....	652, 747	
<i>methyl dopa</i>	193	Microgestin Fe 1/20 (28).....	177	MINIMED QUICK-SERTER (MMT-395).....	622, 747	
<i>methyl dopa-hydrochlorothiazide</i>	192	MICROLET 2 LANCING DEVICE.....	622, 746	MINIMED SILHOUETTE 18".....	652, 747	
<i>methylene blue (bulk-solid)</i> ..	667	MICROLET LANCET... ..	622, 746	MINIMED SILHOUETTE 23".....	652, 747	
<i>methyl ergonovine</i>	449	MICROLET NEXT LANCING DEVICE.....	622, 746	MINIMED SILHOUETTE 32".....	652, 747	
<i>methylphenidate</i>	390	MICROLIFE PEAK FLOW METER.....	640, 746	MINIMED SILHOUETTE 43".....	652, 747	
<i>methylphenidate hcl</i>	345, 346, 389, 390	MICROSPACER.....	658, 746	MINIMED SURE T 18".....	652, 748	
<i>methylprednisolone</i>	439	MIDASPOT COVID19 ANTIBODY TEST.....	549, 746	MINIMED SURE T 23".....	653, 748	
<i>methyltestosterone</i>	424	<i>midazolam</i>	141, 378, 395	MINIMED SURE T 32".....	653, 748	
<i>methyltetrahydrofolate glucos</i>	267	<i>midazolam (pf)</i>	141, 377	<i>minocycline</i>	9, 10, 131, 519	
<i>metoclopramide hcl</i>	35	<i>midodrine</i>	224	<i>minoxidil</i>	224	
<i>metolazone</i>	212	MIEBO (PF).....	835	MINREX.....	282	
<i>metoprolol succinate</i>	210	MIFEPREX.....	417	MIRCERA.....	230	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	205	<i>mifepristone</i>	417, 451	MIRENA.....	183	
<i>metoprolol tartrate</i>	210	MIGERGOT.....	416	MIRO3D.....	540	
<i>metronidazole</i>	16, 514, 672	<i>miglitol</i>	435	MIRODERM		
<i>metyrosine</i>	192	<i>miglustat</i>	830	FENESTRATED.....	540	
<i>mexiletine</i>	212	MIGRANOW.....	409	MIRODERM		
Mibelas 24 Fe.....	177	Mili.....	177	FENESTRATED PLUS.....	540	
<i>miconazole nitrate-zinc ox-pet</i>	522	<i>milk thistle</i>	809	<i>mirtazapine</i>	366	
MICONAZOLE-3.....	672	<i>milk thistle sd ext-blessed th</i>	809	<i>misoprostol</i>	41	
MICRO BLOOD GLUCOSE.....	647, 745	<i>milk thistle seed extract</i>	809	<i>mitomycin (pf) in water</i>	834	
MICRO THIN LANCETS.....	621, 745	Mimvey.....	431	MITOPRIME.....	805	
MICROAIR MESH NEBULIZER.....	551, 745	MIND AND MEMORY.....	809			
MICROBORE EXTENSION SET.....	552, 745	MINERIN CREME.....	508			
		MINI LANCING DEVICE.....	622, 746			

MITOSOL.....	834	MONOJECT MAGELLAN	<i>morphine in 0.9 % sodium</i>
MK-7.....	305	SYRINGE.....	<i>chlor</i> 110, 111
MKO (MIDAZOLAM-		MONOJECT PHARMACY	MOTEGRITY.....
KETAMINE-ONDAN)	141	TRAY LUER.....	565, 750
M-M-R II (PF)		MONOJECT PHARMACY	MOTOFEN.....
.....	312, 316, 319, 325	TRAY REG TIP.....	565, 751
M-NATAL PLUS.....	251	MONOJECT REG TIP NON-	MOTPOLY XR.....
MOBILE LANCETS.....	622, 748	STERILE.....	566, 751
<i>modafinil</i>	345	MONOJECT REGULAR	MOUNJARO.....
MODERNA COVID 23-		LUER.....	566, 751
24(6M-11Y)PF.....	322	MONOJECT SAFETY LUER	MOVANTIK.....
<i>moexipril</i>	223	LOCK TIP.....	566, 751
MOISTURIZING CREAM....	508	MONOJECT SAFETY	MOVE FREE PLUS MSM....
MOISTURIZING NORMAL-		SYRINGES..	566, 567, 751, 752
DRY SKIN.....	518	MONOJECT SMARTIP	MOVE FREE PLUS MSM-
MOITURIZING LOTION.....	508	CANNULA.....	567, 752
<i>molindone</i>	385	MONOJECT SYRINGE	VIT D3.....
MOMETACURE.....	490	.....	567, 568, 590, 752, 753
<i>mometasone</i>	91, 502	MONOJECT SYRINGE	MOVE FREE ULTRA
Mondoxyne NI.....	10	ECCENTRI LUER.....	567, 752
MONO-FLO DRAINAGE		MONOJECT SYRINGE	TURMERIC-TAMAR.....
BAG.....	543, 748	LUER LOK.....	809
MONOJECT 140CC		MONOJECT SYRINGE	MOXATAG.....
PISTON SYRINGE.....	564, 748	REGULAR LUER.....	4
MONOJECT 35CC		MONOJECT SYRINGE	MOXICAINE.....
SYRINGE CATH TIP...	564, 748	TOOMEY TYPE.....	480
MONOJECT 3CC SYR		MONOJECT TB.....	<i>moxifloxacin</i>
25GX1".....	564, 748	MONOJECT TB LUER LOK	6, 832
MONOJECT ALLERGY		.....	MUCOSITISRX.....
TRAY.....	564, 748	MONOJECT TB REGULAR	MUGARD.....
MONOJECT ALLERGY		LUER TIP.....	327, 328
TRAY DETACH.....	564, 748	MONOJECT TB SAFETY	MULPLETA.....
MONOJECT BLOOD		SYRINGE.....	228
COLLECTION.....	636, 748	MONOJECT TUBERCULIN	MULTAQ.....
MONOJECT CONTROL		SYRINGE....	195
SYRINGE LUER.....	564, 748	MONOJECT ULTRA	MULTI PRO.....
MONOJECT DISPOSABLE		COMFORT INSULIN...	299
SYRINGE.....	564, 749	MONOLET LANCETS.	MULTIA DAILY
MONOJECT ECCENTRIC		MONOLET THIN LANCETS	MULTIVITAMIN.....
NON-STERILE.....	564, 749	.....	MULTI-LANCET DEVICE 2
MONOJECT HYPODERMIC		Mono-Linyah.....	622, 754
NEEDLES.....	565, 749	MONOVISC.....	MULTITOL-M.....
MONOJECT INSULIN		MONSEL'S.....	299
SAFETY SYRING.....	589, 749	<i>montelukast</i>	<i>multivit with min-folic acid</i>
MONOJECT INSULIN		MORGIDOX 1X 50.....	299
SYRINGE....	589, 590, 749, 750	MORGIDOX 1X100.....	<i>multivit,calc,min-fa-k1-lycop</i>
MONOJECT LUER		MORGIDOX 2X100.....	284
ADAPTER.....	576, 750	<i>morphine</i>	MULTIVITAMIN GUMMIES.
MONOJECT LUER-LOCK		<i>morphine (pf)</i>	300
TIP.....	565, 750	<i>morphine concentrate</i>	MULTI-VITAMIN WITH
			FLUORIDE.....
			264
			MULTIVITAMIN WOMEN 50
			PLUS.....
			300
			MULTIVITAMIN-ZINC-
			STRESS.....
			247
			MULTI-VIT-FLOR.....
			264
			MULTIVIT-FLUORIDE
			(METAFOLIN).....
			264
			<i>multivit-min-ferrous fumarate</i>
		
			300
			<i>multivit-min-ferrous</i>
			<i>gluconate</i>
			300
			<i>mupirocin</i>
			482
			<i>mupirocin calcium</i>
			482
			MURI-LUBE.....
			667
			MUSCUSOLICE.....
			515
			MVW COMPLETE FORM
			PROBIOT MINI.....
			71
			MVW MODULATOR
			FORMUL MULTIVIT.....
			300

MVW MODULATR FORM	<i>naproxen sodium</i>	123	NESTABS ONE.....	284
MINI MULTIVT.....	<i>naproxen-esomeprazole</i>	119	Neuac.....	532
MVW MODULATR	<i>naratriptan</i>	409	NEUAC KIT.....	532
FORMLTN PEDIATRIC.....	NATACHEW (FE BIS-GLYCINATE).....	252	NEULASTA.....	229
MX-SOL SF.....	NATACYN.....	833, 850	NEULASTA ONPRO.....	229
MY CHOICE.....	NATAL PNV.....	272	NEUPOGEN.....	229
MY WAY.....	NATAZIA.....	169	NEUPRO.....	403
MYALEPT.....	<i>nateglinide</i>	419	NEURAPTINE.....	515
MYCAPSSA.....	NATESTO.....	424	NEURIVA DE-STRESS.....	809
<i>mycophenolate mofetil</i>	NAYZILAM.....	378, 379	NEURIVA ORIGINAL.....	810
.....	<i>nebivolol</i>	210	NEUTEK 2TEK TEST	
<i>mycophenolate sodium</i>	<i>nebulizer and compressor</i>		STRIPS.....	647, 754
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC).....	.....	658, 754	NEVANAC.....	837
MYFEMBREE.....	NEBUSAL.....	665	<i>nevirapine</i>	3
MYGLUCOHEALTH	Necon 0.5/35 (28).....	177	NEW DAY.....	169, 170
.....	<i>nefazodone</i>	366	NEW ZEALAND WHEY	
MYGLUCOHEALTH	NENDRUX.....	491	PROTEIN.....	279
CONTROL SOLUTION.....	<i>neomycin</i>	5	NEWFLORA.....	71
622, 754	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	843	NEWGEN.....	252
MYGLUCOHEALTH	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	835	NEXA PLUS.....	252
LANCETS.....	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	817	NEXAVIR.....	491
622, 754	<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	844	NEXIUM PACKET.....	44
MYHIBBIN.....	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	835	NEXIVA.....	552, 754
338	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>		NEXLETOL.....	201
MYLERAN.....	.....	669, 844	NEXLIZET.....	204
145	NEONATAL COMPLETE... ..	252	NEXOBRID.....	510
MYLK.....	NEONATAL FE.....	268	NEXOBRID POWDER	
261	NEONATAL PLUS VITAMIN		COMPONENT.....	509
MYNATAL.....	.....	252	NEXPLANON.....	183
251, 252	NEONATAL-DHA.....	252	NEXTSTELLIS.....	178
MYNATAL ADVANCE.....	NEOPHE.....	287	NGENLA.....	445
251	Neo-Polycin.....	836	<i>niacin</i>	193, 270
MYNATAL PLUS.....	Neo-Polycin Hc.....	844	<i>niacin (inositol niacinate)</i>	270
252	NEOSALUS.....	508	<i>niacinamide</i>	271
MYNATAL-Z.....	NEO-SYNALAR.....	485	Niacor.....	193
252	NEO-SYNALAR KIT.....	485	<i>nicardipine</i>	207
MYNATE 90 PLUS.....	NEOVITE.....	300	NICOTINAMIDE (WITH	
252	NEPHRO VITAMINS.....	247	CHROMIUM).....	300
MYNEPHRON.....	NEPHRON FA.....	247	<i>nicotine</i>	333
247	NEPHRO-VITE.....	247	<i>nicotine (polacrilex)</i>	332, 333
MYRBETRIQ.....	NEPRO CARB STEADY....	289	NICOTROL NS.....	333
824, 825	NERIVIO DIGITAL APP		<i>nifedipine</i>	208
MYROSINASE.....	(MIGRAINE).....	550, 754	NIGHTTIME UNDERPANTS	
809	NERLYNX.....	162	L-XL.....	543, 754
MYTESI.....	NESTABS ABC.....	252	Nikki (28).....	178
39	NESTABS DHA.....	252	<i>nilutamide</i>	167
MYXREDLIN.....			<i>nimodipine</i>	210
446			NINJACOF-XG.....	90
N.O.MAX ER.....			NINLARO.....	150
249			<i>nisoldipine</i>	208
<i>nabumetone</i>				
124				
<i>nadolol</i>				
219				
<i>naftifine</i>				
528				
<i>nalbuphine</i>				
133				
Nalocet.....				
117, 127				
<i>naloxone</i>				
189				
NALTREX.....				
102				
<i>naltrexone</i>				
335				
NAMENDA XR.....				
814				
NAMZARIC.....				
813				
NANO-CHECK COVID-19				
AG TEST.....				
549, 754				
NANRAN.....				
482				
NAPROTIN.....				
119				
<i>naproxen</i>				
123				

<i>nitazoxanide</i>	2	NOVA MAX GLUCOSE	NUTRISOURCE FIBER.....	49
<i>nitisinone</i>	830	TEST.....	NUTROPIN AQ NUSPIN.....	445
Nitro-Bid.....	221	NOVA MAX PLUS GLUC-	NUVA III.....	663, 755
NITRO-DUR.....	221	KETON METER.....	NUVAGEL.....	663, 755
<i>nitrofurantoin</i>	23, 818	NOVA SAFETY LANCETS	NUVAZIL II.....	663, 755
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>		.....	NUVESSA.....	673
.....	23, 818	NOVA SUREFLEX	NUWIQ.....	240
<i>nitrofurantoin monohydr/m-</i>		LANCETS.....	NUZYRA.....	5, 11
<i>cryst</i>	23, 818	NOVACORT.....	Nyamyc.....	506
<i>nitroglycerin</i>	221, 455	NOVAMAX PLUS GLU-KET	Nylia 1/35 (28).....	178
NITROMIST.....	221	.....	Nylia 7/7/7 (28).....	181
NITRO-TIME.....	221	NOVAREL.....	NYMALIZE.....	210
NITYR.....	830	NOVAVAX COVID 2023-	Nymyo.....	178
NIVESTYM.....	229	24(PF)(EUA).....	NYNUTEY.....	480
<i>nizatidine</i>	43	NOVOEIGHT.....	<i>nystatin</i>	24, 327, 506
NOCDURNA (MEN).....	429	NOVOFINE 32.....	<i>nystatin-triamcinolone</i>	484
NOCDURNA (WOMEN).....	429	NOVOFINE PLUS.....	Nystop.....	506
NOCTIVA.....	429	NOVOLIN 70/30 U-100	NYVEPRIA.....	229
NOPIOID-LMC KIT.....	675	INSULIN.....	OASIS ULTRA	
NORA-BE.....	171	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	FENESTRATED.....	530, 756
NORDITROPIN FLEXPRO..	445	U-100.....	OASIS WOUND MATRIX	
<i>norelgestromin-</i>		NOVOLIN N FLEXPEN.....	FENESTRATED.....	530, 756
<i>ethin.estradiol</i>	182	NOVOLIN N NPH U-100	OASIS WOUND MATRIX	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i>	178	INSULIN.....	MESHED.....	530, 756
<i>norethindrone</i>		NOVOLIN R FLEXPEN.....	OB COMPLETE.....	300
(<i>contraceptive</i>).....	171	NOVOLIN R REGULAR	OB COMPLETE ONE.....	253
<i>norethindrone acetate</i>	431	U100 INSULIN.....	OB COMPLETE PETITE.....	253
<i>norethindrone ac-eth</i>		NOVOPEN ECHO.....	OB COMPLETE PREMIER..	253
<i>estradiol</i>	178, 431	NOVOSEVEN RT.....	OB COMPLETE WITH DHA	253
<i>norethindrone-e.estradiol-</i>		NOXAFIL.....	OBAGI ELASTIDERM.....	473
<i>iron</i>	178, 181	NOXIPAK.....	OBAGI NU-DERM	
Norgesic Forte.....	675	NP THYROID.....	BLENDER.....	473
<i>norgestimate-ethinyl</i>		NRF2 ACTIVATOR.....	OBAGI NU-DERM CLEAR..	474
<i>estradiol</i>	178, 181	NUBEQA.....	OBAGI NU-DERM	
NORITATE.....	514	NUCALA.....	SUNFADER.....	487
NORLIQVA.....	208	NUCORT.....	OBAGI-C CLARIFYING	
NORMAL SALINE FLUSH...	278	NUCYNTA.....	SERUM.....	487
NORM-JECT.....	569, 755	NUCYNTA ER.....	OBAGI-C THERAPY NIGHT	
NORM-JECT TUBERKULIN		NUDEXTA.....	.....	487
.....	569, 755	NUFOLA.....	OBIZUR.....	241
NORMLGEL AG.....	482	NU-IRON.....	OBSTETRIX DHA.....	253
NORPACE CR.....	212	NUJO.....	OBSTETRIX DHA	
Nortrel 0.5/35 (28).....	178	NUJU.....	PRENATAL DUO.....	253
NORTREL 1/35 (21).....	178	NULIBRY.....	OBSTETRIX EC.....	253
Nortrel 1/35 (28).....	178	NUMAQUA VITAMIN.....	OBSTETRIX ONE.....	253, 284, 285
Nortrel 7/7/7 (28).....	181	NUMBONEX.....	OCALIVA.....	102
<i>nortriptyline</i>	382	NUMOISYN.....	OCELLA.....	178
NORVIR.....	26	NUPLAZID.....	<i>octreotide acetate</i>	35, 430
NOSE CLIP.....	658, 755	NURTEC ODT.....	ODACTRA.....	315
NOURIANZ.....	338	NUTRASEB.....	ODEFSEY.....	27

ODOMZO.....	161	OMNI-BIOTIC HETOX.....	71	ON CALL PLUS LANCET	
OFEV.....	83, 154	OMNI-BIOTIC PANDA.....	71	.....	623, 758
OFF ACTIVE.....	512	OMNI-BIOTIC STRESS		ON CALL PLUS LANCING	
OFF DEEP WOODS.....	512	RELEASE.....	71	DEVICE.....	623, 758
<i>ofloxacin</i>	6, 668, 832	OMNIFLEX DIAPHRAGM		ON CALL PLUS METER	
OGSIVEO.....	142	.....	545, 756	.....	623, 758
OHC COVID-19 ANTIGEN		OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT		ON CALL PLUS TEST	
HOME TEST.....	549, 756	(GEN 5).....	635, 756	STRIP.....	647, 758
OJEMDA.....	156	OMNIPOD 5 G6 PODS		ON CALL VIVID CONTROL	
OJJAARA.....	143	(GEN 5).....	635, 756	.....	623, 758
<i>olanzapine</i>	343, 372	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		ON CALL VIVID METER	
<i>olanzapine-fluoxetine</i>		KT(GEN5).....	635, 756	.....	623, 758
.....	343, 367, 372	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS		ON CALL VIVID PAL	
<i>olive oil</i>	667	(GEN 5).....	635, 756	METER.....	623, 758
<i>olmesartan</i>	196	OMNIPOD CLASSIC PODS		ON CALL VIVID TEST	
<i>olmesartan-amlodipin-</i>		(GEN 3).....	635, 756	STRIP.....	647, 758
<i>hcthiazyd</i>	206	OMNIPOD DASH INTRO		ONCOPLEX.....	810
<i>olmesartan-</i>		KIT (GEN 4).....	635, 757	ONCOPLEX ES.....	810
<i>hydrochlorothiazide</i>	209	OMNIPOD DASH PDM KIT		<i>ondansetron</i>	46
<i>olopatadine</i>	91, 840	(GEN 4).....	590, 757	<i>ondansetron hcl</i>	46
OLPRUVA.....	830	OMNIPOD DASH PODS		ONE A DAY MEN	
OLUMIANT.....	129, 457	(GEN 4).....	635, 757	COMPLETE.....	300
OMBRA COMPRESSOR		OMNIPOD GO PODS..	636, 757	ONE DAILY ESSENTIAL.....	300
SYSTEM.....	658, 756	OMNIPOD GO PODS 10		ONE DAILY MEN'S	
OMECLAMOX-PAK.....	47	UNITS/DAY.....	635, 757	HEALTH.....	301
<i>omega 3-dha-epa-fish oil</i>		OMNIPOD GO PODS 15		ONE DAILY MULTI-VIT W-	
.....	213, 214	UNITS/DAY.....	635, 757	MINERAL.....	301
OMEGA MONOPURE.....	214	OMNIPOD GO PODS 20		ONE DAILY MULTIVITAMIN	
OMEGA MONOPURE DHA		UNITS/DAY.....	635, 757	.....	285
EC.....	214	OMNIPOD GO PODS 25		ONE DAILY	
OMEGA MONOPURE EPA		UNITS/DAY.....	636, 757	MULTIVITAMIN-IRON.....	301
EC.....	214	OMNIPOD GO PODS 30		ONE DAILY WOMEN 50	
OMEGA-3 2100.....	214	UNITS/DAY.....	636, 757	PLUS(VIT K).....	301
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ...	201	OMNIPOD GO PODS 40		ONE DAILY WOMEN'S.....	301
<i>omega-3 fatty acids-fish oil</i> ..	214	UNITS/DAY.....	636, 757	ONE-A-DAY MEN	
OMEGA-3 KRILL OIL.....	214	OMNITROPE.....	445	VITACRAVES.....	301
<i>omega-3s-dha-epa-fish oil</i> ...	214	OMVOH.....	51	ONE-A-DAY MEN'S 50	
OMEGAPURE 900-TG.....	214	OMVOH PEN.....	51	PLUS.....	301
OMEGAPURE PRM.....	214	ON CALL EXPRESS		ONE-A-DAY MEN'S	
OMEGAPURE-600 EC.....	214	CONTROL.....	623, 757	COMPLETE.....	301
OMEGAPURE-780 EC.....	215	ON CALL EXPRESS		ONE-A-DAY PRENATAL.....	272
OMEGAPURE-820.....	215	METER.....	623, 758	ONE-A-DAY PRENATAL-1.	253
OMEGAPURE-900 EC.....	215	ON CALL EXPRESS TEST		ONE-A-DAY TRIPLE	
<i>omeprazole</i>	44	STRIP.....	647, 758	IMMUNE SUPPRT.....	301
<i>omeprazole-sodium</i>		ON CALL LANCET.....	623, 758	ONE-A-DAY TRUBIOTICS...	71
<i>bicarbonate</i>	59, 60	ON CALL LANCING		ONE-A-DAY WOMEN	
OMEZA.....	468	DEVICE.....	623, 758	VITACRAVES.....	301
OMNARIS.....	91	ON CALL PLUS CONTROL		ONE-A-DAY WOMEN'S 50	
OMNI-BIOTIC AB-10.....	71	.....	623, 758	PLUS.....	301
OMNI-BIOTIC BALANCE.....	71				

ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE.....	302	<i>opium tincture</i>	34, 39	<i>orlistat</i>	827
ONE-DAILY MULTI.....	302	OPSUMIT.....	216	Ormalvi.....	675
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV.....	623, 758	OPSYNVI.....	189	<i>orphenadrine citrate</i>	677
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET.....	623, 758	OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE.....	658, 759	<i>orphenadrine-asa-caffeine</i> ...	675
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET.....	623, 759	OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK.....	658, 759	Orphengesic Forte.....	675
ONETOUCH ULTRA CONTROL.....	624, 759	OPTICHAMBER DIAMOND VHC.....	658, 759	ORSERDU.....	146
ONETOUCH ULTRA TEST.....	647, 759	OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK.....	658, 760	ORTHOVISC.....	678
ONETOUCH ULTRA2 METER.....	624, 759	OPTICHAMBER DIAMOND-OSCIMIN.....	42, 819	ORTIKOS.....	62
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET.....	624, 759	OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK.....	658, 760	OSAPLEX.....	261
ONETOUCH VERIO FLEX METER.....	624, 759	OPTICLEANSE GHI.....	289	OSAPLEX MK-7.....	261
ONETOUCH VERIO FLEX START.....	624, 759	OPTIMAG 125.....	262	OSCIMIN.....	42, 819
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL.....	624, 759	OPTIMAG NEURO.....	262, 263	OSCIMIN SL.....	42, 819
ONETOUCH VERIO MID CONTROL.....	624, 759	OPTIMAG PLUS CALCIUM.....	261	<i>oseltamivir</i>	24
ONETOUCH VERIO REFLECT.....	624, 759	OPTION-2.....	169, 170	OSMOLEX ER.....	403
ONETOUCH VERIO REFLECT METER.....	624, 759	OPTIUM EZ.....	648, 760	OSSOPAN MD.....	260
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS.....	648, 759	OPTIUM TEST.....	648, 760	OSSOPAN-1100.....	260
ONEVITE DAILY MULTIVITAMIN.....	285	OPTUMRX.....	624, 648, 760	OSTACHOL.....	276
ONEXTON.....	532	OPVEE.....	189	OSTEOPRIME PLUS CALC-MAGNESIUM.....	261
ONGENTYS.....	375	OPZELURA.....	469	OSTEO-VIT3.....	249
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST.....	549, 759	ORACIT.....	817	OTEZLA.....	130, 459
ON-THE-GO LANCETS.....	624, 759	ORAFATE.....	328	OTEZLA STARTER.....	130, 459
ONUREG.....	147	ORALAIR.....	315	OTREXUP (PF).....	135
ONZDEAXIADEMTAR.....	535	Oralone.....	328	OVACE PLUS.....	482
ONZDEAXIADEMVAR.....	535	ORALYTE.....	280	OVACE PLUS SHAMPOO..	482
ONZDEAXIATAR.....	535	ORAMAGICRX.....	327	OVAL TAPE.....	624, 760
ONZDEAXIAVAR.....	535	ORAPEUTIC.....	327	OVEGA-3.....	215
ONZDEAXIAZAR.....	535	ORAQIX.....	329	OVIDREL.....	441
ONZDEOXIA.....	532	ORAVIG.....	29	<i>oxaprozin</i>	123
ONZETRA XSAIL.....	409	ORAXINOL.....	810	<i>oxazepam</i>	378, 396
OPCICON ONE-STEP.....	169, 170	<i>oregano oil-flaxseed oil</i>	810	OXBRYTA.....	245
OPFOLDA.....	828	ORENCIA.....	132	<i>oxcarbazepine</i>	358
OPILL.....	171	ORENCIA CLICKJECT.....	132	OXERVATE.....	847
		ORENITRAM.....	190	OXIAICE.....	525
		ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT.....	190	OXIANUJO.....	504
		ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT.....	190	OXIANUJO (WITH HYALURONATE).....	504
		ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT.....	190	OXIATAR.....	536
		ORFADIN.....	830	OXIAVAR.....	536
		ORGANIC NIPPLE BALM...	509	OXIAVARRY.....	536
		ORGOVYX.....	159	OXIAVARY.....	536
		ORIAHNN.....	448	OXIAZAR.....	536
		ORILISSA.....	448	<i>oxiconazole</i>	522
		ORKAMBI.....	93	OXISTAT.....	522
		ORLADEYO.....	222	OXTELLAR XR.....	359
				<i>oxybutynin chloride</i>	820
				<i>oxycodone</i>	112
				<i>oxycodone-acetaminophen</i>	117, 127, 128
				OXYCONTIN.....	112, 113

<i>oxymorphone</i>	113	PARI LC SPRINT SINUS	PEMAZYRE.....	149
OXYTROL.....	820	.....	PEN NEEDLE.....	590, 761
OYSTER SHELL CALCIUM		PARI SINUS AEROSOL	<i>pen needle, diabetic</i>	591, 761
500.....	260	SYSTEM.....	<i>pen needle, diabetic, safety</i>	
OYSTER SHELL CALCIUM-		PARI TREK S COMBO	.....	591, 761
VIT D3.....	282	PACK.....	PENBRAYA (PF).....	314
OZEMPIC.....	428	PARI TREK S COMPACT	<i> penciclovir</i>	460
Pacerone.....	195	COMPRESSOR.....	<i> penicillamine</i>	131, 186, 187
PACNEX HP.....	537	PARI TREK S PORTABLE	<i> penicillin v potassium</i>	28
PACNEX LP.....	537	PWR KIT.....	PENNSAID.....	475
PAIN EASE MEDIUM		<i> paricalcitol</i>	<i> pentamidine</i>	31
STREAM SPRAY.....	488	<i> paromomycin</i>	PENTASA.....	33
PAIN EASE MIST SPRAY...	488	<i> paroxetine hcl</i>	<i> pentazocine-naloxone</i>	133
PAINGO KFT.....	530	<i> paroxetine</i>	PENTIPS.....	591, 762
PALFORZIA (LEVEL 1).....	320	<i> mesylate(menop.sym)</i>	<i> pentoxifylline</i>	245
PALFORZIA (LEVEL 2).....	320	PASER.....	PEPCIX.....	277
PALFORZIA (LEVEL 3).....	320	PAXLOVID.....	PEPTAMEN JUNIOR PHGG	
PALFORZIA (LEVEL 4).....	320	<i> pazopanib</i>.....	.....	290
PALFORZIA (LEVEL 5).....	320	PCCA ACCUPEN-15...546, 761	Percocet.....	117, 128
PALFORZIA (LEVEL 6).....	321	PCCA SUSPENDIT	<i> perindopril erbumine</i>	223
PALFORZIA (LEVEL 7).....	321	ANHYDROUS.....	Periogard.....	329
PALFORZIA (LEVEL 8).....	321	PEAK AIR PEAK FLOW	<i> permethrin</i>	459
PALFORZIA (LEVEL 9).....	321	METER.....	<i> perphenazine</i>	350
PALFORZIA (LEVEL 10).....	321	<i> pedi multivit no.194-iron sulf</i> 310	<i> perphenazine-amitriptyline</i> ..	367
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-		PEDIALYTE SPARKLING	PERSONAL BEST FULL	
DOSE).....	321	RUSH.....	RANGE.....	641, 762
PALFORZIA INITIAL DOSE	321	PEDIATRIC BEAR	PERSONAL BEST LOW	
PALFORZIA LEVEL 11		NEBULIZER.....	RANGE.....	641, 762
MAINTENANCE.....	321	PEDIATRIC COMP-AIR	PERTZYE.....	61
<i> paliperidone</i>	383	COMPRES NEB.....	PETROLEUM GAUZE.637, 762	
PALYNZIQ.....	828	PEDIATRIC DINOSAUR	PFIZER COVID 2023-24(5Y-	
PANCREAZE.....	61	NEBULIZER.....	11Y)PF.....	322
PANDEL.....	502	PEDIATRIC DOG	PFIZER COVID 2023-	
PANRETIN.....	515	NEBULIZER.....	24(6MO-4Y)PF.....	322
<i> pantethine</i>	271	PEDIATRIC D-VITE.....	PFLEX INSPIRATORY	
<i> pantoprazole</i>	45	PEDIATRIC ELECTROLYTE	TRAINER.....	659, 762
PANXYME PH.....	61	.....	PHARMABASE BARRIER...510	
<i> papaverine</i>	224	PEDIATRIC FROG	PHARMACIST CHOICE	
PARADIGM RESERVOIR		NEBULIZER.....	.....	648, 762
.....	590, 760	<i> pediatric multivitamin no.171</i>	PHARMACIST CHOICE	
PARAGARD T 380A.....	185	.....	GLUCOSE SYS.....	624, 762
PARI BABY CONV KIT -		PEDIATRIC POLY-VITE.....	PHASEAL ASSEMBLY	
SIZE 1.....	658, 760	PEDIATRIC POLY-VITE	FIXTURE.....	576, 762
PARI BABY CONV KIT -		WITH IRON.....	PHASEAL CONNECTOR	
SIZE 2.....	659, 760	PEDIATRIC TRI-VITE.....	LUER LOCK.....	576, 762
PARI BABY CONV KIT -		<i> peg 3350-electrolytes</i>	PHASEAL INFUSION	
SIZE 3.....	659, 760	<i> peg3350-sod sul-nacl-kcl-</i>	ADAPTER.....	576, 762
PARI LC SPRINT		<i> asb-c</i>	PHASEAL INFUSION	
NEBULIZER SET.....	551, 760	PEGASYS.....	CLAMP.....	576, 762
		<i> peg-electrolyte soln</i>		

PHASEAL INJECTOR LUER	576, 762	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST	549, 763	<i>polymyxin b sulf-</i> <i>trimethoprim</i>	836
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK.....	576, 762	<i>pimecrolimus</i>	505	<i>polysaccharide iron complex</i>	268
PHASEAL PROTECTOR	576, 762	<i>pimozide</i>	383	<i>polysorbate 80</i>	666
PHASEAL SECONDARY SET	552, 763	Pimtrea (28).....	184	POLY-TUSSIN AC.....	89
PHASEAL Y-SITE	552, 763	<i>pindolol</i>	224	POLY-VI-FLOR (ARCOFOLIN).....	264
PHEBURANE.....	830	<i>pioglitazone</i>	435	POLY-VI-FLOR DROPS.....	265
PHEDRAX.....	484	<i>pioglitazone-glimepiride</i>	427	POLY-VI-FLOR DROPS (ARCOFOLIN).....	264
<i>phenazopyridine</i>	816	<i>pioglitazone-metformin</i>	427	POLY-VI-FLOR IRON DROP(ARCOFO).....	265
<i>phendimetrazine tartrate</i>	826	PIP BLOOD GLUCOSE MONITOR.....	624, 763	POLY-VI-FLOR IRON IRON(ARCOFOLIN).....	265
<i>phenelzine</i>	384	PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP.....	648, 763	POLY-VI-FLOR W- IRON(ARCOFOLIN).....	265
PHENEX-1	278, 287	PIP GLUCOSE CONTROL SOLN L1-L2.....	624, 763	POLY-VITA DROPS.....	264
PHENEX-2.....	287	PIP LANCET	624, 763	POLY-VITA WITH IRON.....	310
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-</i> <i>scop</i>	40	PIP PEN NEEDLE.....	591, 763	POMALYST.....	164
<i>phenobarbital</i>	354, 395	PIQRAY.....	152	PONVORY	454
PHENOHYTRO	40, 41	<i>pirfenidone</i>	85	PONVORY 14-DAY STARTER PACK.....	454
<i>phenol</i>	669	<i>piroxicam</i>	123	POPULUS COMPOSITUM..	332
<i>phenoxybenzamine</i>	223	PIVOT SILVER ALGINATE.	468	PORTABLE NEBULIZER SYSTEM.....	659, 763
<i>phentermine</i>	826	PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT	549, 763	Portia 28.....	179
<i>phenylephrine hcl</i>	846	PLANTAGO-HOMACCORD	331	<i>posaconazole</i>	14
<i>phenyleph-tropicamide in</i> <i>water</i>	835	PLATINUM GLUCOSE METER.....	624, 763	<i>potassium chloride</i>	283
<i>phenytoin</i>	361	PLATINUM TEST STRIP	648, 763	<i>potassium citrate</i>	283, 817
<i>phenytoin sodium extended</i>	362	PLEGRIDY	453	<i>potassium citrate-citric acid</i>	817
PHEODOYO.....	481	PLENITY	827	<i>potassium gluconate</i>	283
PHEOXIA.....	484	PLENITY (WELCOME KIT).	827	<i>potassium iodide</i>	263
PHEXXI.....	183	PLENVU.....	54	<i>potassium, sodium</i> <i>phosphates</i>	286
PHEYO.....	484	PLEXION NS.....	483	<i>povidone-iodine</i>	834
Philith.....	179	PMS SOOTHE.....	810	PR BENZOYL PEROXIDE..	537
PHLEXY-VITS.....	302	PNEUMOVAX-23.....	313	PR CREAM.....	489
PHOSPHALINE.....	191	PNV TABS 20-1.....	273	PR NATAL 400.....	254
PHOSPHOLINE IODIDE.....	834	PNV-DHA.....	285	PR NATAL 400 EC.....	254
PHOSPHOROUS SUPPLEMENT.....	286	PNV-DHA + DOCUSATE....	254	PR NATAL 430.....	254
PHOTREXA.....	838	PNV-OMEGA.....	302	PR NATAL 430 EC.....	254
PHOTREXA CROSS- LINKING KIT.....	838	PNV-SELECT.....	254	PRADAXA.....	235
PHOTREXA VISCOUS.....	838	POCKET CHAMBER... 659, 763		PRAKETAMIDE.....	515
PHYSIOLYTE.....	305	POCKET PEAK FLOW METER.....	641, 763	<i>pralidoxime</i>	188
PHYSIOSOL IRRIGATION..	305	PODOCON.....	471	PRALUENT PEN.....	202, 203
<i>phytonadione (vitamin k1)</i> ...	305	<i>podofilox</i>	471	<i>pramipexole</i>	403
PIFELTRO.....	3	POGO AUTOMATIC BLOOD GLUC SYS.....	625, 763	PRAMOSONE.....	516
PIKO 1.....	641, 763	POKONZA.....	283	<i>prasterone (dhea)</i>	803
PILLOW MASK CHILD	659, 763	POLY HUB NEEDLE... 569, 763		<i>prasugrel</i>	236
<i>pilocarpine hcl</i>	327, 834	Polycin.....	836	<i>pravastatin</i>	200
				<i>praziquantel</i>	2

<i>prazosin</i>	223	<i>prednisone</i>	439	PRENATAL PLUS VITAMIN-
PREBIOMAX.....	71	PREDNISONE INTENSOL..	439	MINERAL.....
PREBIOTIC FIBER.....	50	<i>pregabalin</i>		PRENATAL VITAMIN.....
PREBIOTIC FIBER (FOS)....	49	341, 342, 348, 349, 355, 401,		PRENATAL VITAMIN PLUS
PREBIOTIC INULIN-FOS.....	50	406, 407		LOW IRON.....
PRECISION.....	625, 764	PREGEN DHA.....	254	PRENATAL-U.....
PRECISION GLUCOSE		PREGNYL.....	441	PRENATE AM.....
CONTROL SOLN.....	625, 764	PREHEVBRIO (PF).....	326	PRENATE CHEWABLE.....
PRECISION		PRELIEF.....	41	PRENATE DHA.....
GLUCOSE/KETONE		PREMARIN.....	437, 672	PRENATE DHA (FERR ASP
CONTR.....	625, 764	PREMIER BLU GLUCOSE		GLYCIN).....
PRECISION PCX PLUS		METER.....	625, 764	PRENATE ELITE.....
TEST.....	648, 764	PREMIER CLASSIC		PRENATE ELITE (IRON
PRECISION PCX TEST		GLUCOSE METER.....	625, 764	ASP GLYC).....
.....	648, 764	PREMIER COMPACT		PRENATE ENHANCE.....
PRECISION POINT OF		GLUCOSE METER.....	625, 764	PRENATE ESSENTIAL.....
CARE TEST.....	648, 764	PREMIER TEST STRIP		PRENATE
PRECISION Q-I-D TEST		.....	648, 764	ESSENTIAL(IRON-ASP-GL)
.....	648, 764	PREMIER VOICE		.....
PRECISION XTRA		GLUCOSE METER.....	625, 764	PRENATE MINI (FERR ASP
KETONE-GLUCOSE... 639, 764		PREMIUM BLOOD		GLYCIN).....
PRECISION XTRA		GLUCOSE MONITOR. 625, 764		PRENATE PIXIE.....
MONITOR.....	625, 764	PREMIUM V10.... 625, 648, 764		PRENATE RESTORE.....
PRECISION XTRA TEST		PREMPHASE.....	431	PRENATE STAR.....
.....	648, 764	PREMPRO.....	431	PREPIDIL.....
PRED MILD.....	842	PRENA1 CHEW.....	254	PRESERA.....
<i>prednicarbate</i>	502	PRENA1 PEARL.....	254	PRESERVISION AREDS 2
<i>prednisoln sp-moxiflox-</i>		PRENA1 TRUE.....	254	PLUS MV.....
<i>bromfen</i>	845	PRENAISSANCE.....	254	302, 805
<i>prednisolone</i>	439	PRENAISSANCE PLUS.....	255	PRESERVISION AREDS-2. 805
<i>prednisolone acetate</i>	842	PRENATA.....	255	PRESSURE ACTIVATED
<i>prednisolone acetate (pf)</i>	842	PRENATABS FA.....	255	LANCETS.....
<i>prednisolone acetate-</i>		PRENATABS RX.....	255	625, 765
<i>bromfenac</i>	846	PRENATAL 19.....	255	PRESTALIA.....
<i>prednisolone acetate-</i>		PRENATAL 19 (WITH		220
<i>nepafenac</i>	846	DOCUSATE).....	255	PRESTO PRO BLOOD
<i>prednisolone sod ph-bromf</i>		PRENATAL ESSENTIALS..	255	GLUCOSE METER.....
<i>(pf)</i>	846	PRENATAL GUMMIES		625, 765
<i>prednisolone sod ph-</i>		(DHA-EPA).....	302	<i>pretomanid</i>
<i>moxiflox</i>	844	PRENATAL		22
<i>prednisolone sodium</i>		GUMMIES(ZINC CHELATE)		Prevalite.....
<i>phosphate</i>	439, 842	.....	273	195
<i>prednisolone-moxiflo-</i>		PRENATAL MULTI-		PREVENT DROPSAFE PEN
<i>nepafenac</i>	845	DHA(WITH VIT K).....	255	NEEDLE.....
<i>prednisolone-moxifloxacin</i>		PRENATAL		591, 765
<i>hcl</i>	844	MULTIVITAMINS.....	255	PREVNR 20 (PF).....
<i>prednisolone-moxiflox-</i>		PRENATAL PLUS.....	256	313
<i>bromfen</i>	845	PRENATAL PLUS		PREVYMIS.....
<i>prednisolon-moxiflox-</i>		(CALCIUM CARB).....	255	1
<i>bromf(pf)</i>	845	PRENATAL PLUS DHA.....	256	PREZCOBIX.....
				23, 26
				PREZISTA.....
				26
				PRIFTIN.....
				20, 28
				PRILO PATCH.....
				517
				PRILOSEC.....
				45
				PRIMACARE.....
				257
				PRIMADOPHILUS BIFIDUS..
				72
				PRIMADOPHILUS
				ORIGINAL.....
				72
				<i>primaquine</i>
				15

PRIMEAIRE.....	659, 765	PROBIOTIC	PRODIGY CONTROL
PRIMIDAR.....	72	ACIDOPHILUS(14-STRN).....	SOLUTION,HIGH.....
<i>primidone</i>	354, 355	PROBIOTIC COLON	PRODIGY INSULIN
Primlev.....	117, 118, 128	SUPPORT.....	SYRINGE.....
PRIMSOL.....	4	PROBIOTIC DIGEST SUPP	PRODIGY LANCETS..
PRIORIX (PF)		(4-STRN).....	PRODIGY LANCING
.....	312, 316, 319, 320, 325	PROBIOTIC DIGEST SUPP	DEVICE.....
PRO COMFORT INSULIN		(6-STRN).....	PRODIGY MINI-MIST
SYRINGE.....	591, 765	PROBIOTIC	NEBULIZER.....
PRO COMFORT LANCET		DIGEST(L.RHAM,INULN).....	PRODIGY NO CODING
.....	625, 765	PROBIOTIC	.....
PRO COMFORT PEN		DIGEST(LACTO,BIFIDO).....	648, 767
NEEDLE.....	591, 765	PROBIOTIC DUO.....	PRODIGY POCKET METER
PRO COMFORT SAFETY		PROBIOTIC FORMULA	.....
LANCET.....	625, 765	(INULIN).....	626, 767
PRO COMFORT TENS		PROBIOTIC PEARLS	PRODIGY TWIST TOP
ELECTRODE.....	542, 765	ACIDOPHILUS.....	LANCET.....
PRO COMFORT TENS		PROBIOTIC PEARLS	PRODIGY VOICE
UNIT.....	542, 765	WOMEN'S.....	GLUCOSE METER.....
PRO VOICE V8 GLUCOSE		PROBIOTIC YEAST	PROFILNINE.....
MONITOR.....	625, 765	SUPPORT.....	PROFINAC.....
PRO VOICE V8-V9 TEST		PROBIOTIC-IMMUNE.....	PROFOLA.....
STRIP.....	648, 765	PROBIZEN.....	<i>progesterone</i>
PRO VOICE V9 GLUCOSE		PROCARE COMPRESSOR	<i>progesterone micronized</i>
MONITOR.....	626, 766	NEBULIZER.....	PROGRAF.....
PROAIR DIGIHALER.....	95	PROCARE PEDIATRIC	PROLASTIN-C.....
PROAIR RESPICLICK.....	95	NEBULIZER.....	Prolate.....
PROBACAP.....	72	PROCARE SPACER WITH	PROMACTA.....
<i>probenecid</i>	812	ADULT MASK.....	PROMELLA.....
<i>probenecid-colchicine</i>	811	PROCARE SPACER WITH	<i>promethazine</i>
PROBICHEW.....	72	CHILD MASK.....	Promethazine Vc.....
PROBIO DEFENSE.....	72	PROCEL SINGLES.....	<i>promethazine-codeine</i>
PROBIOMAX 350 DF.....	72	PRO-CEPTION.....	<i>promethazine-dm</i>
PROBIOMAX COMPLETE		PROCHAMBER.....	Promethegan.....
DF.....	72	<i>prochlorperazine</i>	PROMISEB.....
PROBIOMAX DAILY DF.....	72	<i>prochlorperazine maleate</i>	PRONAL.....
PROBIOMAX DF.....	72	.....	PRONEB MAX
PROBIOMAX IG 26 DF.....	72	PROCORT.....	COMPRESSOR-LC PLUS
PROBIOMAX LEAN DF.....	73	PROCRIT.....	.....
PROBIOMAX PLUS DF.....	73	PROCTOFOAM HC.....	660, 767
PROBIOMAX SB DF.....	73	Procto-Med Hc.....	PRONEB MAX
PROBIOMAX SERENITY.....	73	Proctosol Hc.....	COMPRESSR-LC SPRINT
PROBIONEXX.....	73	Proctozone-Hc.....	.....
PROBIOTIC.....	74	PROCYSBI.....	660, 767
PROBIOTIC (B.		PRODIGY AUTOCODE	PRONEB ULTRA II FILTER
COAGULANS).....	73	METER.....	ASSEM.....
PROBIOTIC (S.BOULARDII).73		PRODIGY AUTOCODE	PROOXIA.....
PROBIOTIC (WITH		MONITOR SYST.....	<i>propafenone</i>
VITAMIN D3).....	73	PRODIGY CONTROL	<i>proparacaine</i>
		SOLUTION, LOW.....	PROPIMEX-2.....
			<i>propranolol</i>
			<i>propranolol-</i>
			<i>hydrochlorothiazid</i>
			<i>propylthiouracil</i>
			417

PROSILK.....	663, 767	<i>pyrazinamide</i>	22	RADICAVA ORS.....	674
PROSILK GEL.....	489	<i>pyridostigmine bromide</i>	674	RADICAVA ORS STARTER	
PROSOURCE.....	279	<i>pyridoxine (vitamin b6)</i>	271	KIT SUSP.....	674
PROTECT IRON LIQUID....	270	<i>pyrimethamine</i>	15	RADIOGARDASE.....	188, 189
PROTHELIAL.....	328	PYRUKYND.....	244	RAGWITEK.....	315
<i>protriptyline</i>	382	QBRELIS.....	223	<i>raloxifene</i>	435
PROTYL AG.....	468	QBREXZA.....	474	<i>ramelteon</i>	398
PROVENT.....	660, 767	Q-CARE RX Q2.....	662	<i>ramipril</i>	223
PROVENT STARTER. 660, 767		Q-CARE RX Q4.....	662	RANGER READY	
PROVIDA OB.....	257	QELBREE.....	414, 415	REPELLENT.....	512
PROVIMIN.....	290	QINLOCK.....	155	<i>ranolazine</i>	217
PROVISC.....	839	QNASL.....	91, 92	RAPID SARS-COV-2 AG	
PROXIVOL.....	480	QSYMIA.....	827	HOME TEST.....	549, 768
PRUCLAIR.....	509	QTERN.....	433	RAPPORT VACUUM	
PRUMYX.....	509	QUAKE VIBRATORY PEP		THERAPY.....	634, 769
PS1 ACIURGY PACK.....	464	.....	660, 768	<i>rasagiline</i>	378
PS2 ACIURGY PACK.....	464	<i>quazepam</i>	378, 395	RASUVO (PF).....	135, 136
PSORINOHEEL.....	332	<i>quercetin</i>	304	RATE FLOW REGULATOR	
<i>psyllium husk</i>	50	<i>quetiapine</i>	343, 374	IV SET.....	552, 769
<i>psyllium husk (with sugar)</i>	50	QUICKVUE AT-HOME		RAVICTI.....	830
<i>pterostilbene</i>	810	COVID-19 TEST.....	549, 768	RAYALDEE.....	829
PTS COLLECT CAPILLARY		QUICKVUE SARS		RAYASAL.....	471
TUBE.....	542, 767	ANTIGEN.....	549, 768	RAYASORE KIT.....	464
PTS PANELS EGLU TEST		QUIDROXZAR.....	470	RAYOS.....	439
STRIP.....	648, 767	QUIHOXAXIA.....	470	REBIF (WITH ALBUMIN)....	453
PULMICORT FLEXHALER... 86		QUIHOXVAR.....	470	REBIF REBIDOSE.....	453
PULMO-AIDE		QUILLICHEW ER.....	390	REBIF TITRATION PACK... 453	
COMPRESSOR.....	660, 767	QUILLIVANT XR.....	390, 391	REBINYN.....	243
PULMONEB LT		<i>quinapril</i>	223	REBYOTA.....	32
COMPRESSOR NEBUL		<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>		RECEDO.....	489
.....	660, 767	.....	220	Reclipsen (28).....	179
PULMOZYME.....	97	<i>quinidine gluconate</i>	212	RECOMBINATE.....	241
PURACOL PLUS AG... 468, 767		<i>quinidine sulfate</i>	212	RECOMBIVAX HB (PF).....	326
PURATHICK.....	666, 667	<i>quinine sulfate</i>	15	RECONSTITUBE.....	542, 769
PURE COMFORT		QUINIXIL.....	490	RECORLEV.....	433
LANCETS.....	626, 767	QUINJA.....	473	RECOTHROM.....	226
PURE COMFORT PEN		QUINTET AC.....	626, 648, 768	RECOTHROM SPRAY KIT. 226	
NEEDLE.....	592, 768	QUINTET BLOOD		RECTIV.....	455
PURE COMFORT SAFETY		GLUCOSE METER....	626, 768	<i>red beet root-sour cherry ext</i>	
LANCETS.....	626, 768	QUINTET GLUCOSE TEST		.....	810
PURE COMFORT SAFETY		STRIPS.....	648, 768	<i>red yeast rice</i>	810
PEN NEEDLE.....	592, 768	QUIT 2.....	333	<i>red yeast rice extract</i>	810
PUREAIR MINI NEBULIZER		QUIT 4.....	334	REFUAH PLUS.....	648, 769
.....	660, 768	QULIPTA.....	404	REFUAH PLUS GLUCOSE	
PURECOMFORT PEAK		QUTENZA.....	459	CONTROL.....	626, 769
FLOW METER.....	641, 768	QUVIVIQ.....	376	REFUAH PLUS GLUCOSE	
PURELAN.....	492	QVAR REDHALER.....	87	MONITOR.....	626, 769
PURIXAN.....	147	<i>rabeprazole</i>	45	REGENECARE.....	480
PUSH BUTTON SAFETY		RADIAGEL.....	492		
LANCETS.....	626, 768	RADIAPLEXRX.....	489		

REGENECARE WITH ALOE.....480	REPATHA SURECLICK.....202, 204	<i>rifabutin</i>.....20, 29
REGIOCIT (EUA)..... 242	REPATHA SYRINGE.. 203, 204	<i>rifampin</i>.....20, 29
REGRANEX..... 459	REPEL.....512	RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH..... 627, 770
REGULOID (ASPARTAME).. 50	REPEL SPORTSMEN..... 512	RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM..... 627, 770
REGULOID (PSYLLIUM HUSK)..... 50	REPLENS EXTERNAL COMFORT..... 673	RIGHTEST GC250S CNTRL SOL NORM..... 627, 770
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO)..... 50	REPLICARE DRESSING.....468, 770	RIGHTEST GC700 LEV 2 CTRL SOLN..... 627, 770
REGULORA IBS DIGITAL APP..... 550, 769	REPLICARE THIN.....468, 770	RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE..... 627, 770
REJUVAFLOR.....75	REPLICARE ULTRA DRESSING.....468, 770	RIGHTEST GL300 LANCETS..... 627, 770
RELAFEN DS..... 124	REPOZEN SLEEP AID.....399	RIGHTEST GM250S GLUCOSE METER..... 627, 771
RELAGARD..... 673	RESISTANCE FORMULA PROBIOTIC..... 75	RIGHTEST GM260 GLUCOSE METER..... 627, 771
RELAX NIGHT CALM.....399	RESPA-AR..... 81	RIGHTEST GM550 SYSTEM.....628, 771
RELENZA DISKHALER.....24	RESTASIS.....843	RIGHTEST GM700SB GLUCOSE METER..... 628, 771
RELEUKO..... 229	RESTASIS MULTIDOSE.....843	RIGHTEST GS250S TEST STRIPS.....649, 771
RELEXII..... 391	RESTORE..... 469, 637, 770	RIGHTEST GS260 TEST STRIPS.....649, 771
RELIAMED LANCET... 626, 769	RESTORE CALCIUM ALGINATE.....469	RIGHTEST GS550 TEST STRIPS.....649, 771
RELIAMED MINI LANCING DEVICE..... 627, 769	RESTORE FUSION RENAL SUPPORT..... 290	RIGHTEST GS700 TEST STRIP..... 649, 771
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS..... 627, 769	RESTORE RENAL SUPPORT..... 290	RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER..... 628, 771
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET..... 627, 769	<i>resveratrol-ascorbic acid</i> 810	RIGHTEST GT333 LEV 2 CTRL SOLN..... 628, 771
RELION ALL-IN-ONE METER..... 627, 769	RETACRIT.....231	RIGHTEST GT333 TEST STRIP..... 649, 771
RELION CONFIRM..... 627, 769	RETEVMO.....160	RIGHTEST MAX PLUS GLUCOSE MTR..... 628, 771
RELION CONFIRM-MICRO 649, 769	RETIN-A MICRO PUMP.....539	RIGHTEST MAX TEST STRIP..... 649, 771
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR.....627, 769	REUSABLE NEBULIZER KIT..... 660, 770	<i>riluzole</i> 677
RELION PRIME METER.....627, 769	REVCovi..... 186	<i>rimantadine</i>.....25
RELION PRIME TEST STRIPS.....649, 770	REVEAL BLOOD GLUCOSE METER..... 627, 770	<i>ringer's</i> 305
RELION ULTIMA..... 649, 770	REVEAL TEST STRIP.649, 770	RINVOQ..... 34, 130, 469
RELISTOR.....187	REVITAFLO..... 75	RIOMET ER.....424
RELIZORB.....576, 770	REXULTI..... 374	<i>risedronate</i>.....434
RELTONE.....35	REYATAZ..... 26	<i>risperidone</i>.....343, 383, 384
REMEDIENT..... 302	REYVOW.....404	RITEFLO AEROCHAMBER.....661, 771
REMIFEMIN MENOPAUSE 810	REZDIFFRA..... 101	<i>ritonavir</i>.....26
RENACARB.....259	REZLIDHIA..... 151	
RENACIDIN..... 817	REZUROCK..... 131	
RENAMENT..... 290	REZVOGLAR KWIKPEN....421	
RENEEL..... 332	RHOFADE..... 514	
<i>repaglinide</i> 419	RHOPRESSA..... 849	
REPATHA PUSHTRONEX.....202, 203	<i>ribavirin</i> 2, 25	
	<i>riboflavin (vitamin b2)</i> 271	
	<i>ribose</i>.....288	
	RIDAURA..... 132	

<i>rivastigmine</i>	814	SAFESNAP SYRINGE	SCARSILK GEL.....	489
<i>rivastigmine tartrate</i>	813	.....	SCSEMBLIX.....	155
RIVELSA.....	169	SAFETY LANCETS.....	<i>schisandra</i>	811
RIVFLOZA.....	824	<i>safety needles</i>	<i>scopolamine base</i>	46
RIXUBIS.....	243	SAFETY PEN NEEDLE	SEBUDERM.....	509
<i>rizatriptan</i>	409	.....	SECUADO.....	372
<i>r-lipoic acid-biotin</i>	805	SAFETY SEAL LANCETS	SECURESAFE INSULIN	
R-NATAL OB.....	257	.....	SYRINGE.....	592, 773
ROAOXIA.....	527	SAFETY-LET LANCETS	SECURESAFE PEN	
ROBINSON CLEAR VINYL		.....	NEEDLE.....	592, 773
CATHETER.....	574, 771	SAIZEN SAIZENPREP.....	SEGLENTIS.....	118
ROCKLATAN.....	847	Sajazir.....	SEGLUROMET.....	426
<i>roflumilast</i>	87	SALICATE.....	SELECT-OB.....	257
ROLVEDON.....	229	<i>salicylic acid</i>	SELECT-OB (FOLIC ACID).....	257
<i>ropinirole</i>	403	<i>salicylic acid-ceramides no. 1</i>	SELECT-OB + DHA.....	257
Rosadan.....	514	.....	<i>selegiline hcl</i>	378
ROSADAN.....	514	SALIMEZ FORTE.....	<i>selenium</i>	283
ROSULA.....	533	SALIVAMAX.....	<i>selenium sulfide</i>	483
ROSULA CLEANSING		SALOXICIN.....	SELF-CATHETER, FEMALE	
CLOTHS.....	533	<i>salsalate</i>.....	.....	574, 773
<i>rosuvastatin</i>	200	SALVAX.....	SELZENTRY.....	28
ROSZET.....	217	SALVAX DUO PLUS.....	SEMGLEE(INSULIN	
ROTARIX.....	312, 320	SALYNTRA.....	GLARGINE-YFGN).....	421
ROTATEQ VACCINE..	312, 320	SAMBUCUS ELDERBERRY	SEMGLEE(INSULIN	
ROXYBOND.....	113	ORIGINAL.....	GLARG-YFGN)PEN.....	421
ROZLYTREK.....	155	SAMBUCUS ELDERBERRY	SE-NATAL 19 CHEWABLE.....	257
RUBBER MOUTHPIECE		VITAMIN C.....	SE-NATAL-19.....	257
.....	661, 772	SAMI THE SEAL.....	SENIOR PROBIOTIC.....	75
RUBRACA.....	152	SAMI THE SEAL MASK	SENOKOT.....	78
RUCONEST.....	227	.....	SENOKOT KIDS.....	78
<i>rufinamide</i>	361	SANADERMRX.....	SENOKOT-CHAMOMILE.....	78
RUKOBIA.....	16	SANCUSO.....	SEREVENT DISKUS.....	94
RYALTRIS.....	80	SANDIMMUNE.....	SERNIVO.....	503
RYBELSUS.....	428	SANTYL.....	SEROQUEL XR.....	374
RYDAPT.....	155	<i>sapropterin</i>	SEROSTIM.....	445
RYDEX.....	89	SAROXIA.....	<i>sertraline</i>	397
RYLAZE.....	163	SAVAYSA.....	<i>sesame oil</i>	667
RYNODERM.....	471	SAVELLA.....	Setlakin.....	179
RYPLAZIM.....	244	<i>saw palmetto</i>	<i>sevelamer carbonate</i>	823
RYTARY.....	402	SAWYER CONTROLLED	<i>sevelamer hcl</i>	823
SABAL-HOMACCORD.....	332	RELEASE.....	SEVENFACT.....	243
SABRIL.....	362	<i>saxagliptin</i>	<i>sevoflurane</i>	141
<i>saccharin</i>	270	<i>saxagliptin-metformin</i>	SEYSARA.....	11, 520
<i>saccharomyces boulardii</i>	75	SAXENDA.....	SF.....	331
<i>saccharomyces boulardii-</i>		SCALACORT DK.....	SF 5000 PLUS.....	331
<i>yeast</i>	75	SCARCARE.....	Sharobel.....	171
SAFESNAP INSULIN		SCARCIN PAD PLUS.....	<i>shilajit</i>	811
SYRINGE.....	592, 772	SCARCINPAD.....	SHINGRIX (PF).....	319
		SCARHEAL.....	SIDESTREAM.....	551, 773
		SCARSILK.....	SIDESTREAM MASK..	661, 774

SIDESTREAM NEBULIZER	SKYLA.....	183	<i>sodium chlor 0.9%</i>
.....	SKYRIZI.....	51, 457	<i>bacteriostat.....</i>
SIDESTREAM PLUS... 551, 774	SKYTROFA.....	445	276, 278
SIGNIFOR.....	SLEEP CALM.....	399	<i>sodium chloride</i>
SIKLOS.....	SLEEP IMMUNE HEALTH..	399	.... 276, 280, 305, 306, 515, 665
SILADERM.....	SLEEP OPTIMIZER.....	399	<i>sodium chloride 0.45 %.....</i>
SILADONE.....	SLEEP SUPPORT		<i>sodium chloride 0.9 %</i>
SILASTIC FOLEY	(MELATONIN-HERB).....	400	..... 274, 276, 278
CATHETER.....	SLEEP TONITE VALERIAN	802	<i>sodium chloride 0.9 %</i>
<i>sildenafil</i>	SLEEP3.....	400	(flush).....
(<i>pulm.hypertension</i>).....	SLOW FE.....	268	278
SILICONE MASK.....	SLOW RELEASE IRON.....	268	<i>sodium citrate.....</i>
SILICONE MASK - INFANT	SLOWMAG MG CALM-		<i>sodium citrate in 0.9 % nacl.</i>
.....	SLEEP.....	400, 802	<i>sodium citrate-citric acid.....</i>
SILIGENTLE AG.....	SLOWMAG MUSCLE		817
SILINOIN.....	RECOVERY.....	263	SODIUM FLUORIDE 5000
SILIQ.....	SLYND.....	171	DRY MOUTH.....
SIL-K.....	SMART SENSE LANCETS		331
<i>silodosin</i>.....	.....	628, 774	SODIUM FLUORIDE 5000
SILTREX.....	SMART SENSE		PLUS.....
SILVASORB.....	MONITORING SYSTEM		331
<i>silver nitrate</i>.....	.....	628, 774	<i>sodium fluoride-pot nitrate... 331</i>
<i>silver nitrate applicators</i>	SMART SENSE TEST		<i>sodium iodide-123.....</i>
<i>silver sulfadiazine</i>	STRIPS.....	649, 774	<i>sodium iodide-131.....</i>
SILVRSTAT.....	SMARTDIABETES		455
SIMBRINZA.....	VANTAGE.....	628, 775	<i>sodium oxybate.....</i>
SIMILAC PROBIOTIC TRI-	SMARTEST CONTROL		<i>sodium phenylbutyrate.....</i>
BLEND.....	.....	628, 775	830
SIMLANDI(CF)	SMARTEST EJECT....	628, 775	<i>sodium polystyrene</i>
AUTOINJECTOR...58, 107, 140	SMARTEST LANCET..	628, 775	<i>sulfonate.....</i>
Simliya (28).....	SMARTEST PERSONA		290
Simpesse.....	GLUCOSE METER.....	628, 775	<i>sodium succinate.....</i>
SIMPLY SALINE WOUND	SMARTEST PERSONA		667
WASH.....	STARTER.....	628, 775	<i>sodium,potassium,mag</i>
SIMPLYTHICK.....	SMARTEST PRONTO		<i>sulfates.....</i>
SIMPONI.....	GLUCOSE METER.....	628, 775	54
SIMPONI ARIA.....	SMARTEST PRONTO		SOFIA SARS ANTIGEN FIA
<i>simvastatin</i>	STARTER.....	629, 775	..... 549, 775
SINGLE-LET.....	SMARTEST PROTEGE		SOFIA2 FLU-SARS
SINUSTAR NEBULIZER	.....	629, 775	ANTIGEN FIA.....
.....	SMARTEST SMART CODE		549, 775
SINUVA.....	METER.....	629, 775	SOFT TOUCH LANCETS
<i>sirolimus</i>	SMARTEST TALKING		..... 629, 775
SIRTURO.....	METER.....	629, 775	SOGROYA.....
<i>sitagliptin</i>	SMARTEST TEST.....	649, 775	445
SIVEXTRO.....	SMARTNEB		SOHONOS.....
SKARLITE.....	COMPRESSOR		<i>solifenacin</i>
SKY SAFETY PEN NEEDLE	NEBULIZER.....	661, 775	819
.....	SMOOTH TEXTURE FIBER.	50	SOLQUA 100/33.....
SKYCLARYS.....	SOAANZ.....	194	428
			SOLOSEC.....
			16
			SOLOX GEL.....
			482
			SOLTAMOX.....
			168
			SOLU-CORTEF.....
			440
			SOLU-CORTEF ACT-O-
			VIAL (PF).....
			440
			SOLUPAK.....
			530
			SOLUS V2 AUDIBLE
			METER.....
			629, 775
			SOLUS V2 CONTROL
			SOLUTION, LOW.....
			629, 776
			SOLUS V2 CONTROL
			SOLUTION,HIGH.....
			629, 776
			SOLUS V2 LANCETS. 629, 776

SOLUS V2 LANCING DEVICE.....	629, 776	SPIRIVA WITH HANDIHALER.....	84	SUCRAID.....	42
SOLUS V2 TEST STRIPS	649, 776	<i>spironolactone</i>	211, 222	<i>sucralfate</i>	79
SOMAVERT.....	425	<i>spironolacton- hydrochlorothiaz</i>	211	SUFLAVE.....	54
SONAFINE.....	509	SPRAVATO.....	366	<i>sulconazole</i>	522
SOOLANTRA.....	514	SPRAY AND STRETCH.....	488	<i>sulfacetamide sodium</i> ..	483, 850
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER.....	661, 776	Sprintec (28).....	179	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	525
SOOTHENEB MESH NEBULIZER.....	551, 776	SPRITAM.....	394	<i>sulfacetamide sodium-sulfur</i>	533
SOOTHING NIGHT.....	400	SPRIX.....	124	<i>sulfacetamide sod-sulfur- urea</i>	514, 533
SOPORDREN.....	400	SPRYCEL.....	155	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ..	844
<i>sorafenib</i>	165	Sps (With Sorbitol).....	290	SULFACLEANSE 8-4.....	533
<i>sorbitol</i>	78, 666, 817	SPS (WITH SORBITOL).....	291	<i>sulfadiazine</i>	6
<i>sorbitol-mannitol</i>	817	Sronyx.....	179	<i>sulfamethoxazole- trimethoprim</i>	4
SORILUX.....	477	SSD.....	510	SULFAMYLON.....	510
<i>sotalol</i>	215, 219	SSKI.....	263	<i>sulfasalazine</i>	33, 131
Sotalol Af.....	215, 219	SSS 10-5.....	533	SULFATRIM.....	4
SOTYKTU.....	461	ST JOSEPH ASPIRIN. 121, 237		<i>sulindac</i>	124
SOTYLIZE.....	215, 219	<i>st. john's wort</i>	799	SUMADAN.....	533
SOVALDI.....	4	ST. JOSEPH ASPIRIN 121, 237		SUMADAN XLT.....	514, 533
SOVUNA.....	15, 127	<i>stavudine</i>	19	<i>sumatriptan</i>	409
SPACE CHAMBER.....	661, 776	STEGLATRO.....	426	<i>sumatriptan succinate</i> ..	409, 410
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK.....	661, 776	STEGLUJAN.....	433	<i>sumatriptan-naproxen</i>	408
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK.....	661, 776	STELARA.....	33, 458	SUMAXIN CP.....	534
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK.....	661, 776	STERILANCE TL.....	629, 776	<i>sunitinib malate</i>	155
SPECTRAGEL.....	469, 776	STERILE HYDROGEL FOR JELMYTO.....	276	SUNLENCA.....	1
SPECTRAVITE ADULT.....	285	STIMUFEND.....	230	SUNOSI.....	345
SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS.....	302	STIOLTO RESPIMAT.....	100	SUNRISE COMPRESSOR- NEBULIZER.....	661, 777
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS.....	302	STIVARGA.....	165	SUPARTZ FX.....	678
SPECTRAVITE MEN'S.....	302	STOP SMOKING AID.....	334	SUPER B-50 COMPLEX.....	247
SPECTRAVITE WOMEN....	285	STRATACTX.....	469, 776	SUPER THIN LANCETS	629, 777
SPECTRAVITE WOMEN 50 PLUS.....	303	STRATAGRT.....	469, 776	SUPERIOR JOINT SUPPORT.....	801
SPEEDICATH (FEMALE)	575, 776	STRATAMARK.....	510	SUPERIOR MEN'S MULTI..	303
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST.....	549, 776	STRATATRIZ.....	511	SUPERIOR OMEGA3 WITH VIT D.....	215
SPEVIGO.....	461	STRATAXRT.....	469, 776	SUPERIOR PROBIOTIC.....	76
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF).....	322, 323	STRAVIX.....	462	SUPERIOR SLEEP.....	400
<i>spinosad</i>	459	STRENSIQ.....	186	SUPERIOR WOMEN'S MULTI.....	303
SPIRIVA RESPIMAT.....	84	STRIBILD.....	27	SUPLENA CARB STEADY. 290	
		STRIVE PEAK FLOW METER.....	641, 776	SUPPOSITORY SHELL, SMALL.....	542, 777
		STRIVERDI RESPIMAT.....	81	SUPRANE.....	141
		STRONG IODINE.....	263, 671	SURE COMFORT INS. SYR. U-100.....	592, 777
		Subvenite.....	356		
		Subvenite Starter (Blue) Kit	345, 356		
		Subvenite Starter (Green) Kit.....	345, 356		
		Subvenite Starter (Orange) Kit.....	345, 356		

SURE COMFORT INSULIN	SYNDROS.....37, 349, 827	TACHOSIL.....234
SYRINGE..... 593, 777	SYNJARDY..... 426	<i>tacrolimus</i> 337, 505
SURE COMFORT	SYNJARDY XR..... 427	<i>tadalafil</i> 416, 825
LANCETS.....629, 777	SYNOJOYNT.....678	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>
SURE COMFORT LANCING	SYNOVX CALM.....802	..... 192
PEN.....629, 777	SYNOVX DJD.....801	TADLIQ.....192
SURE COMFORT PEN	SYNOVX RECOVERY..... 802	TAFINLAR..... 156
NEEDLE..... 593, 777	SYNOVX RELIEF..... 811	<i>tafluprost (pf)</i> 848
SURE COMFORT SAFETY	SYNVISC.....678	TAGRISSE..... 164
PEN NEEDLE.....593, 777	SYNVISC-ONE.....679	TAKE ACTION.....169, 170
SURE RESULT DSS	<i>syringe (disposable)</i> 570, 779	TAKHZYRO.....222
PREMIUM PACK.....527	SYRINGE 3CC/20GX1"	TALICIA.....47
SURE-FINE PEN NEEDLES	.....571, 779	TALTZ AUTOINJECTOR....463
.....593, 778	SYRINGE 3CC/21GX1"	TALTZ AUTOINJECTOR (2
SUREFLEX DEVICE WITH	.....571, 779	PACK).....463
LANCETS.....629, 778	SYRINGE 3CC/21GX1-1/2"	TALTZ AUTOINJECTOR (3
SUREFLEX LANCING	.....571, 779	PACK).....463
DEVICE.....629, 778	SYRINGE 3CC/22GX1"	TALTZ SYRINGE..... 463
SURE-JECT INSULIN	.....571, 780	TALZENNA.....152
SYRINGE..... 593, 594, 778	SYRINGE 3CC/22GX3/4"	<i>tamoxifen</i> 168
SURE-LANCE.....629, 778	.....571, 780	<i>tamsulosin</i> 816
SURE-LANCE ULTRA THIN	SYRINGE 3CC/25GX1"	TANDEM MOBI SYSTEM
.....629, 778	.....571, 780	.....638, 781
SURE-PEN LANCING	SYRINGE AVITENE.....226	Taperdex.....440
DEVICE.....629, 778	<i>syringe with needle</i>.....571, 780	TAPERDEX.....440
SURE-TEST EASYPLUS	<i>syringe with needle, safety</i>	TARDEOXIA.....535
MINI.....630, 649, 778	.....571, 780	TARDIMAXIA.....536
SURE-TEST EASYPLUS	SYRINGE WITHOUT	Tarina 24 Fe.....179
MINI METER.....630, 778	NEEDLE.....571, 780	Tarina Fe 1/20 (28).....179
SURE-TOUCH LANCET	SYRPALTA VEHICLE.....666	Tarina Fe 1-20 Eq (28).....179
.....630, 778	SYZYGIUM COMPOSITUM 332	TARON-C DHA.....303
SURGIFLO.....226	SZOSIL.....664, 780	TARON-PREX PRENATAL-
SURGUARD2 SAFETY	T.E.D. ANTI-EMBOLISM	DHA.....257, 286
.....570, 779	STOCKING.....542, 640, 780	TAROXIA.....536
SURVANTA.....96	T.E.D. KNEE LENGTH-M-	TARPEYO.....440
SUTAB.....54	LONG.....640, 780	TASCENSO ODT.....454
SWEET CHEEKS.....419	T.E.D. KNEE LENGTH-S-	TASIGNA.....155
Syeda.....179	REGULAR.....640, 780	<i>tasimelteon</i>.....398
SYMAM DUOTAB.....42, 820	T.R.U.E. TEST ALLERGEN 322	<i>taurine</i>.....249
SYMDEKO.....93	T:FLEX.....542, 780	<i>tavorole</i>.....509
SYMJEPI.....224	T:SLIM X2.....542, 780	TAVALISSE.....245
SYMLINPEN 120.....427	T:SLIM X2 BASAL-IQ	TAVNEOS.....126
SYMLINPEN 60.....428	INSULIN PMP.....638, 780	<i>tazarotene</i>.....477, 512, 539
SYMPAZAN.....378, 379	T:SLIM X2 CONTROL-IQ	TAZORAC.....477
SYMPROIC.....188	.....638, 780	Tazia Xt.....207
SYMTUZA.....16	TAB-A-VITE.....286	TAZVERIK.....159
SYNALAR CREAM KIT.....490	TAB-A-VITE MULTIVITAMIN	TD GOLD BLOOD
SYNALAR OINTMENT KIT.491	W-IRON.....286, 303	GLUCOSE MONITOR.630, 781
SYNALAR TS.....462	TABLOID.....148	TD GOLD LEVEL 1
SYNAREL.....445	TABRECTA.....155	CONTROL.....630, 781

TD GOLD LEVEL 2 CONTROL.....	630, 781	<i>terbutaline</i>	96	THRESHOLD PEP DEVICE.....	661, 783
TD GOLD LEVEL 3 CONTROL.....	630, 781	<i>terconazole</i>	672	THRIVITE RX.....	258
TD GOLD TEST STRIP.....	649, 781	<i>teriflunomide</i>	452	THROMBI-GEL.....	226
TD GOLD VOICE GLUCOSE MONITOR.....	630, 781	<i>teriparatide</i>	418	THROMBIN-JMI.....	227
TDVAX.....	317	Terrell.....	141	THROMBI-PAD.....	227
TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	594, 781	TERSIFOAM.....	483	THYQUIDITY.....	443
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT).....	594, 781	TERUMO ALLERGY SYRINGE.....	571, 782	<i>thyroid (pork)</i>	442
TECHLITE LANCETS.....	630, 781	TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN.....	571, 782	Tiadyt Er.....	207
TECHLITE PEN NEEDLE.....	594, 781	TERUMO INSULIN SYRINGE.....	594, 782, 783	<i>tiagabine</i>	371
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE.....	594, 781	TERUMO SYRINGE.....	571, 783	TIBSOVO.....	151
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2.....	665, 668	TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM... ..	630, 783	TICANASE.....	92
TEGLUTIK.....	677	TEST N'GO TEST.....	649, 783	TIGLUTIK.....	677
TEGSEDI.....	417	TESTOPLEX PLUS.....	811	Tilia Fe.....	181
TELCARE CONTROL.....	630, 782	<i>testosterone</i>	424, 425	<i>timolol maleate</i>	219, 838
TELCARE LANCETS.....	630, 782	<i>testosterone cypionate</i>	424	<i>timolol maleate (pf)</i>	838
TELCARE TEST STRIPS.....	649, 782	<i>testosterone enanthate</i>	424	<i>tinidazole</i>	16
<i>telmisartan</i>	196	TETOXIA.....	488	<i>tiopronin</i>	816
<i>telmisartan-amlodipine</i>	217	<i>tetrabenazine</i>	406, 414	TIROSINT.....	443
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	209	<i>tetracaine hcl</i>	847	TIROSINT-SOL.....	443
<i>temazepam</i>	378, 395	<i>tetracaine hcl (pf)</i>	847	TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN).....	470
TEMBEXA.....	2	<i>tetracycline</i>	11	TIS-U-SOL PENTALYTE.....	306
<i>temozolomide</i>	146	TEXACORT.....	503	TIVICAY.....	20
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE.....	630, 782	TEZSPIRE.....	88	TIVICAY PD.....	20
TEMPO SMART BUTTON.....	543, 782	THALITONE.....	212	TIVORBEX.....	125
TEMPO WELCOME KIT.....	630, 782	THALOMID.....	24, 165	<i>tizanidine</i>	677
Tencon.....	132	THEO-24.....	99	TLANDO.....	425
TENIVAC (PF).....	317	<i>theophylline</i>	99	TM-VITE RX.....	247
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	18, 30	THERAHONEY.....	469, 783	TOBI PODHALER.....	93
TENS 502.....	543, 782	THERAPEUTIC MOISTURIZING CREAM... ..	509	TOBRADEX.....	844
TENS 504.....	543, 782	THERAPEUTIC-M.....	303	TOBRADEX ST.....	844
TENSCARE ITOUCH SURE.....	543, 782	THERA-VITE MAX-M.....	303	<i>tobramycin</i>	93, 832
TEPMETKO.....	156	THEREMS MULTIVITAMIN.....	286	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	93
<i>terazosin</i>	223	<i>thiamine hcl (vitamin b1)</i>	271	<i>tobramycin with nebulizer</i>	93
<i>terbinafine hcl</i>	14	<i>thiamine mononitrate (vit b1)</i>	271	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	844
		THICK AND EASY.....	667	<i>tobramycin-vancomycin</i>	832, 833, 836
		THIN LANCETS.....	630, 783	TOBEX.....	832
		THINPRO INSULIN SYRINGE.....	595, 783	TOLAK.....	516
		THIOLA EC.....	816	<i>tolcapone</i>	375
		<i>thioridazine</i>	350	<i>tolmetin</i>	124
		<i>thiothixene</i>	375	TOLSURA.....	14
		THRESHOLD IMT TRAINER.....	661, 783	<i>tolterodine</i>	820
				<i>tolvaptan</i>	211
				TOOMEY SYRINGE.....	572, 783
				TOPCARE CLICKFINE.....	595, 784
				TOPCARE ULTRA COMFORT.....	595, 784

TOPCARE UNIVERSAL1		TRUBIOTICS KIDS	
LANCET.....	630, 784	CHEWABLE.....	76
<i>topiramate</i>	359, 360	TRUBIOTICS KIDS GUMMY	76
<i>toremifene</i>	168	TRUDHESA.....	411
TORONOVA II SUIK.....	124	TRUE COMFORT INSULIN	
TORONOVA SUIK.....	124	SYRINGE.....	595, 784
<i>torseamide</i>	194	TRUE COMFORT LANCET	
TOSYMRA.....	410	.....	631, 784
TOTALVISC.....	839	TRUE COMFORT PEN	
TOUCH-TROL.....	575, 784	NEEDLE.....	595, 784
TOUJEO MAX U-300		TRUE COMFORT PRO INS	
SOLOSTAR.....	421	SYRINGE.....	596, 784, 785
TOUJEO SOLOSTAR U-300		TRUE COMFORT SAFETY	
INSULIN.....	421	PEN NEEDLE.....	596, 785
TOVET KIT.....	491	TRUE COVER CONDOM	
TPOXX (NATIONAL		.....	544, 785
STOCKPILE).....	2	TRUE METRIX AIR	
TRACLEER.....	216	GLUCOSE METER.....	631, 785
TRADJENTA.....	449	TRUE METRIX GLUCOSE	
<i>tramadol</i>	113, 114	METER.....	631, 785
<i>tramadol-acetaminophen</i>		TRUE METRIX GLUCOSE	
.....	118, 129	TEST STRIP.....	649, 785
<i>trandolapril</i>	223	TRUE METRIX GO	
<i>trandolapril-verapamil</i>	220	GLUCOSE METER.....	631, 785
<i>tranexamic acid</i>	235	TRUE METRIX LEVEL 1	
TRANSFER SET.....	552, 784	.....	631, 785
<i>tranylcypromine</i>	384	TRUE METRIX LEVEL 2	
TRANZAREL.....	480	.....	631, 785
<i>travoprost</i>	848	TRUE METRIX LEVEL 3	
<i>trazodone</i>	366	.....	631, 785
TRECTOR.....	22	TRUE METRIX PRO TEST	
TRELEGY ELLIPTA.....	87, 88	STRIP.....	650, 785
TREMFYA.....	457	TRUE2GO BLOOD	
<i>treprostinil sodium</i>	191	GLUCOSE SYSTEM...	631, 785
TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRUEDRAW LANCING	
100.....	421	DEVICE.....	631, 785
TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRUEPLUS INSULIN..	596, 786
200.....	421	TRUEPLUS KETONE..	650, 786
TRESIBA U-100 INSULIN...	421	TRUEPLUS LANCETS	631, 786
<i>tretinoin</i>	539	TRUEPLUS PEN NEEDLE	
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	159	.....	596, 786
<i>tretinoin microspheres</i>	539	TRUERESULT BLOOD	
TRETTEN.....	244	GLUCOSE SYSTM.....	631, 786
TREXALL.....	136, 146	TRUETEST TEST STRIPS	
<i>triacetin</i>	482	.....	650, 786
<i>triamcinolone acetonide</i>		TRUETRACK BLOOD	
.....	328, 503	GLUCOSE SYSTEM...	631, 786
<i>triamterene</i>	205	TRUETRACK SMART	
<i>triamterene-</i>		SYSTEM.....	631, 786
<i>hydrochlorothiazid</i>	211	TRUETRACK TEST ...	650, 786
Trianax.....	503		
TRIASIL.....	503		
<i>triazolam</i>	378, 395		
TRICARE.....	258		
TRI-CHLOR.....	472		
<i>trichloroacetic acid</i>	472		
TRICITRATES.....	817		
Triderm.....	503		
<i>trientine</i>	187		
Tri-Estarylla.....	181		
TRIFERIC.....	268		
<i>trifluoperazine</i>	350		
<i>trifluridine</i>	834		
<i>trihexyphenidyl</i>	405		
TRIJARDY XR.....	443		
TRIKAFTA.....	93		
Tri-Legest Fe.....	181		
Tri-Linyah.....	181		
TRILOAN II SUIK.....	440		
TRILOAN SUIK.....	440		
Tri-Lo-Estarylla.....	181		
Tri-Lo-Marzia.....	181		
Tri-Lo-Mili.....	182		
Tri-Lo-Sprintec.....	182		
TRI-LUMA.....	487		
TRILURON.....	679		
<i>trimethobenzamide</i>	36		
<i>trimethoprim</i>	4		
Tri-Mili.....	182		
<i>trimipramine</i>	383		
TRIMO-SAN JELLY.....	673		
TRINATAL RX 1.....	258		
TRINATE.....	258		
TRINTELLIX.....	398		
Tri-Nymyo.....	182		
TRIONEX.....	477		
TRIPLE OMEGA 3-6-9.....	215		
Tri-Sprintec (28).....	182		
TRISTART DHA.....	258		
TRIUMEQ.....	17		
TRIUMEQ PD.....	17		
TRIVISC.....	679		
Trivora (28).....	182		
Tri-Vylibra.....	182		
Tri-Vylibra Lo.....	182		
<i>tropicamide</i>	840		
<i>trospium</i>	820		
TRUBIOTICS.....	76		
TRUBIOTICS BABY.....	76		
TRUBIOTICS GUMMY.....	76		

TRULANCE.....	36, 48	TYBLUME.....	179	ULTIMA TEST STRIPS	650, 790
TRULICITY.....	428	TYBOST.....	831	.....
TRUMENBA.....	321	Tydemy.....	179	ULTIMATE FLORA BABY	
TRUNEB NEBULIZER.....	551, 786	TYMLOS.....	418	PROBIOTIC.....	76
TRUQAP.....	142	TYREX-2.....	288	ULTRA B-100 COMPLEX	
TRUSKIN.....	462	TYRVAYA.....	96	(FOODBASE).....	247
TRUSTEEL INFUSION		TYVASO.....	191	ULTRA BONEUP.....	261
PACK 23".....	653, 786	TYVASO DPI.....	191	ULTRA CMFT INS SYR	
TRUSTEEL INFUSION SET		TYVASO INSTITUTIONAL		(HALF UNIT).....	598, 790
23".....	653, 786	START KIT.....	191	ULTRA COMFORT INSULIN	
TRUSTEEL INFUSION SET		TYVASO REFILL KIT.....	191	SYRINGE.....	598, 790
32".....	653, 787	TYVASO STARTER KIT.....	191	ULTRA FINE LANCETS	
TRUSTEX LATEX		UBRELVY.....	404	.....	632, 790
CONDOM.....	544, 787	UDENYCA.....	230	ULTRA FLO INSUL	
TRUSTEX LUBRICATED		UDENYCA		SYR(HALF UNIT).....	599, 791
CONDOMS.....	544, 787	AUTOINJECTOR.....	230	ULTRA FLO INSULIN	
TRUSTEX NON-LUB		UDENYCA ONBODY.....	230	SYRINGE.....	599, 791
CONDOMS.....	545, 787	ULESFIA.....	459	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
TRUSTEX-RIA		ULTICARE.....	572, 597, 788	.....	599, 791
LUB/SPERMICIDE.....	545, 787	ULTICARE INSULIN		ULTRA MOISTURE.....	509
TRUSTEX-RIA		SYRINGE.....	596, 787, 788	ULTRA PRENATAL PLUS	
LUBRICATED CONDOMS		ULTICARE INSULN		DHA.....	258
.....	545, 787	SYR(HALF UNIT).....	597, 788	ULTRA THIN II LANCETS	
TRUSTEX-RIA NON-LUB		ULTICARE LOW DEAD		.....	632, 791
CONDOMS.....	545, 787	SPACE SYRING.....	572, 788	ULTRA THIN LANCETS	
TRUZONE PEAK FLOW		ULTICARE PEN NEEDLE		.....	632, 791
METER.....	641, 787	.....	597, 788	ULTRA THIN PEN NEEDLE	
<i>tryptophan</i>	802	ULTICARE SAFETY PEN		.....	599, 791
TRYVIO.....	189	NEEDLE.....	597, 788	ULTRA THIN PLUS	
TUBERCULIN SYRINGE		ULTICARE SAFETY		LANCETS.....	632, 791
.....	572, 787	SYRINGE.....	572, 788	ULTRA TLC LANCETS.....	632, 791
<i>tuberculin-allergy syringes</i>		ULTICARE TB SAFETY		ULTRACARE INSULIN	
.....	572, 787	SYRINGE.....	572, 789	SYRINGE.....	599, 791
TUDORZA PRESSAIR.....	84	ULTIGUARD SAFEPACK-		ULTRA-CARE LANCETS	
TUKYSA.....	159	INSULIN SYR.....	597, 789	.....	632, 791
Tulana.....	171	ULTIGUARD SAFEPACK-		ULTRACARE PEN NEEDLE	
TULIVITE.....	270	PEN NEEDLE.....	597, 789	.....	599, 792
TURALIO.....	156	ULTI-LANCE.....	631, 789	ULTRAFLOA WOMEN'S....	76
<i>turmeric root extract</i>	811	ULTILET BASIC LANCETS		ULTRAFOAM.....	227
<i>turmeric root-ginger root ext</i>	811	.....	631, 789	ULTRALANCE LANCETS	
<i>turmeric-ginger-black pepper</i>		ULTILET CLASSIC		.....	632, 792
.....	811	LANCETS.....	632, 789	ULTRASAL-ER.....	472
<i>turmeric-turmeric root extract</i>		ULTILET INSULIN		ULTRA-THIN II (SHORT)	
.....	811	SYRINGE.....	598, 789, 790	INS SYR.....	599, 600, 792
Turqoz (28).....	179	ULTILET LANCETS.....	632, 790	ULTRA-THIN II (SHORT)	
TUXARIN ER.....	95	ULTILET PEN NEEDLE		PEN NDL.....	600, 792
TWINRIX (PF).....	315	.....	598, 790	ULTRA-THIN II INS PEN	
TWIRLA.....	182	ULTILET SAFETY		NEEDLES.....	600, 792
TWIST LANCETS.....	631, 787	LANCETS.....	632, 790	ULTRA-THIN II INSULIN	
TWYNEO.....	536	ULTIMA MONITOR.....	632, 790	SYRINGE.....	600, 792

ULTRA-THIN II LANCETS 632, 792	UNISTIK CZT LANCET 633, 794	VALCHLOR..... 459
ULTRATRAK..... 650, 793	UNISTIK EXTRA LANCETS 633, 794	<i>valerian root</i> 811
ULTRATRAK GLUCOSE METER..... 632, 792	UNISTIK NORMAL LANCETS..... 633, 794	<i>valerian root-valerian root xt</i> 802
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL..... 632, 792	UNISTIK PRO LANCET 633, 794	<i>valerian-flower-hops-lemon</i> . 802
ULTRATRAK NORMAL CONTROL..... 632, 793	UNISTIK SAFETY 633, 794	<i>valganciclovir</i> 1
ULTRATRAK ULTIMATE 632, 650, 793	UNISTIK TOUCH LANCETS 633, 794	<i>valproic acid</i> 345, 368
ULTRAVATE..... 478, 504	UNISTRIP LOW CONTROL 633, 794	<i>valproic acid (as sodium salt)</i> 345, 368
UNIFINE PENTIPS..... 600, 793	UNISTRIP1 TEST STRIP 650, 794	<i>valsartan</i> 196
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW..... 600, 793	UNIVERSAL 1 LANCETS 633, 794	<i>valsartan- hydrochlorothiazide</i> 209
UNIFINE PENTIPS PLUS 600, 793	UP4 PROBIOTICS ADULT 76	VALTOCO..... 378, 379
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW..... 600, 793	UP4 PROBIOTICS ADULT 50 PLUS..... 76	<i>vancomycin</i> 24
UNIFINE PROTECT 600, 793	UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES..... 76	<i>vancomycin in 0.9 % sodium chl</i> 833
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE..... 601, 793	UP4 PROBIOTICS MEN'S.... 77	VANFLYTA..... 158
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE..... 601, 793	UP4 PROBIOTICS PLUS PREBIOTIC..... 77	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE..... 601, 794
UNILET COMFORTOUCH LANCET..... 632, 793	UP4 PROBIOTICS ULTRA.... 77	VANISHPOINT SYRINGE 572, 573, 601, 795
UNILET GP LANCET .. 632, 793	UP4 PROBIOTICS WOMEN'S..... 77	VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE 573, 795
UNILET LANCET..... 633, 794	UP4 PROBIOTICS- PREBIOTICS KIDS..... 77	VANOXIDE-HC..... 535
UNILET LANCETS..... 633, 794	UPCAL D..... 282	VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER..... 575, 795
UNILET SUPER THIN LANCETS..... 633, 794	UPNEEQ (PF)..... 849	VAQTA (PF)..... 323
UNISOM SIMPLE SLUMBERS..... 400	UPTRAVI..... 192	VARDIMAXIA..... 537
UNISPEND ANHYDROUS SWEET..... 666	URAMAXIN..... 472	<i>varenicline</i> 335
UNISTIK 2 DEVICE..... 633, 794	URAMAXIN GT..... 491	VARISOFT INFUSION SET 23"..... 653, 795
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 633, 794	<i>urea</i> 472, 492	VARISOFT INFUSION SET 32"..... 653, 796
UNISTIK 2 NORMAL LANCET..... 633, 794	UREA NAIL STICK..... 472	VARISOFT INFUSION SET 43"..... 653, 796
UNISTIK 3 COMFORT LANCET..... 633, 794	UREAPRO..... 209	VARITHENA ADMINISTRATION PACK 576, 796
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 633, 794	URETRON D-S..... 30, 821	VARIVAX (PF)..... 312, 319
UNISTIK 3 GENTLE 633, 794	URIBEL TABS..... 31, 821	VAROPHEN (DICLOFENAC)..... 527
UNISTIK 3 NORMAL LANCET..... 633, 794	URIMAR-T..... 31, 821	VAROXIA..... 537
UNISTIK COMFORT LANCETS..... 633, 794	URNEVA..... 31, 822	VARUBI..... 36
	URO-458..... 31, 822	VASCEPA..... 201
	UROGESIC-BLUE..... 31, 821	VASELINE WHITE PETROLEUM..... 511
	URO-MP..... 31, 822	VASHE..... 466
	UROQID-ACID NO.2..... 31, 818	VAXCHORA ACTIVE COMPONENT..... 312, 313
	<i>ursodiol</i> 35	
	VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM..... 185	
	<i>valacyclovir</i> 13	

VAXCHORA BUFFER COMPONENT.....	664	V-GO 40.....	636, 797	VITAL AF 1.2 CAL.....	290
VAXCHORA VACCINE312, 313		VIBERZI.....	34, 50	VITALVASC.....	811
VAXNEUVANCE (PF).....	314	VIBRANT.....	543, 797	VITAMEDMD ONE RX.....	259
VCF CONTRACEPTIVE FILM.....	185	VIBRANT STARTER KIT.....	543, 797	<i>vitamin a</i>	275
VCF CONTRACEPTIVE GEL.....	185	VICTOZA 2-PAK.....	428	<i>vitamin a palmitate</i>	275
VEGETARIAN BONEUP.....	262	VICTOZA 3-PAK.....	428	<i>vitamin b complex</i>	308
VEKLURY.....	29	VIEKIRA PAK.....	4	VITAMIN B-12.....	266
Velivet Triphasic Regimen (28).....	182	Vienva.....	180	<i>vitamin b12-folic acid</i>	307
VELPHORO.....	823, 824	<i>vigabatrin</i>	362	VITAMIN C FIZZY DRINK...	274
VELSIPITY.....	52	Vigadrone.....	362	VITAMIN C POWDER BLEND.....	274
VELTASSA.....	291	Vigpoder.....	362	VITAMIN C WITH ROSE HIPS.....	272
VEMLIDY.....	30	VIJOICE.....	829	Vitamin D2.....	249
VENCLEXTA.....	151	VILACTIN AA PLUS 15 PE.	287	<i>vitamin d2-vitamin k1</i>	307
VENCLEXTA STARTING PACK.....	151	<i>vilazodone</i>	365	<i>vitamin d3-vitamin k2</i>	307
VENELEX.....	464	VIMPAT.....	355	<i>vitamin e (dl, acetate)</i>	270
<i>venlafaxine</i>	382	VIOKACE.....	61	<i>vitamin e acetate (bulk)</i>	270, 668
<i>venlafaxine besylate</i>	382	Viorele (28).....	185	<i>vitamin e-safflower oil</i>	509
VENNGEL ONE.....	475	VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM.....	661, 797	<i>vitamin e-vitamins a and d</i> ...	509
VENTAVIS.....	191	VIRACEPT.....	26	VITAMIN K.....	305
VEOZAH.....	416	VIRAGRAPHIS.....	811	Vitamin K1.....	305
<i>verapamil</i>	208, 210	VIREAD.....	18, 30	<i>vitamin k2</i>	305
VERDESO.....	504	VISBIOME.....	77	<i>vitamin k2 (mk-4)</i>	305
VEREGEN.....	505	VISCO-3.....	679	VITRAKVI.....	149, 150
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	601, 796	VISION HEALTH.....	805	VITREXYL.....	303
VERIFINE PEN NEEDLE.....	601, 796	VISION OPTIMIZER....	303, 805	VITREXYL PLUS IRON.....	304
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	601, 796	VISTA ADVANCED AREDS2.....	303, 805	VITRON-C.....	270
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP.....	601, 796	VISTA MEIBO EYELID CLEANSING.....	517	VITRUM 50 PLUS.....	304
VERIFINE SAFETY LANCET MINI.....	633, 796	VISTASEAL-FIBRIN SEALANT.....	234	VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,2,3.....	634, 797
VERIFINE UNIVERSAL LANCET.....	633, 796	VISTOGARD.....	162	VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,L3.....	634, 797
VERKAZIA.....	843	<i>vit a palmitate-vit c-vit d3</i>	264	VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L2.....	634, 797
VERQUVO.....	194	<i>vit b comp-folic-choline-inosi</i>	247	VIVAGUARD INO GLUCOSE METER.....	634, 797
VERSACLOZ.....	373	<i>vit c-echinacea purpurea xt.</i>	811	VIVAGUARD INO SMART GLUC METER.....	634, 797
VERTIGOHEEL.....	332	<i>vit c-zinc cit, gluc-echin purp</i>	277	VIVAGUARD INO TEST STRIP.....	650, 797
VERZENIO.....	162	VITABEX IRON.....	270	VIVAGUARD LANCET.....	634, 797
VESICARE LS.....	819	VITAFOL FE PLUS.....	258	VIVAGUARD LANCING DEVICE.....	634, 797
Vestura (28).....	180	VITAFOL FE+ (WITH DOCUSATE).....	258	VIVAGUARD SAFETY LANCET.....	634, 797
VEVYE.....	843	VITAFOL GUMMIES.....	258	VIVJOA.....	13
V-GO 20.....	636, 797	VITAFOL ULTRA.....	258	VIVOTIF.....	312, 313
V-GO 30.....	636, 797	VITAFOL-OB.....	258	VIXONE NEBULIZER..	551, 797
		VITAFOL-OB+DHA.....	259		
		VITAFOL-ONE.....	259		
		VITAJoy ADULT MULTI.....	303		
		VITAJoy BIOTIN.....	274		
		VITAJoy DAILY C.....	272		

VIXONE NEBULIZER- ADULT MASK.....	551, 798	Wera (28).....	180	WOMEN'S ONE DAILY.....	304
VIXONE NEBULIZER- PEDIATRIC MSK.....	551, 798	WESCAP-C DHA.....	304	WOUNDGELHA MATRIX....	489
VIZIMPRO.....	162	WESCAP-PN DHA.....	286	WPR PLUS.....	530
VOCABRIA.....	20	WESCAPS.....	247	Wymzya Fe.....	180
Volnea (28).....	185	WESNATAL DHA COMPLETE.....	259	WYNZORA.....	521
VONJO.....	158	WESNATE DHA.....	259	XACIATO.....	671
VONVENDI.....	233	WES-PHOS 250 NEUTRAL	286, 818	XADAGO.....	378
VOQUEZNA.....	32	WESTAB MAX.....	306, 308	XALIX.....	473
VOQUEZNA DUAL PAK.....	51	WESTAB ONE.....	306, 308	XALKORI.....	151
VOQUEZNA TRIPLE PAK....	51	WESTAB PLUS.....	259	XARELTO.....	238
<i>voriconazole</i>	14	WESTGEL DHA.....	259	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	238
VORTEX HOLDING CHAMBER.....	662, 798	<i>whey protein, conc-isolate</i> ... 279		XATMEP.....	136, 147
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD.....	662, 798	WHYTEDERM SURGIPAK. 464		XCELLENT C.....	272
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLR.....	662, 798	WHYTEDERM TDDPAK..... 491		XCELLENT E.....	306
VOSEVI.....	25	WHYTEDERM TRILASIL PAK.....	491	XCELLSTEM.....	540
VOWST.....	32	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60.....	545, 798	XCLAIR.....	509
VOXZOGO.....	432	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65.....	545, 798	XCOPRI.....	364
VOYDEYA.....	225, 242	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70.....	545, 798	XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	363
VP-CH-PNV.....	259	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75.....	545, 798	XCOPRI TITRATION PACK	365
VRAYLAR.....	343, 415	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80.....	545, 798	XDEMVI.....	831
VTAMA.....	478	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85.....	546, 798	XELJANZ.....	34, 130
VUITY.....	849	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90.....	546, 799	XELJANZ XR.....	34, 130
VUMERITY.....	455	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95.....	546, 799	XELPROS.....	848
Vyfemla (28).....	180	WILATE.....	241	XELSTRYM.....	370, 392
VYJUVEK.....	457	WILLIS THE WHALE COMPRESSR NEB....	662, 799	XEMBIFY.....	318
Vylibra.....	180	WILZIN.....	188	XENLETA.....	6
VYNDAMAX.....	417	WINLEVI.....	457	XENOVIEW EMPTY DELIVERY BAG.....	543, 799
VYNDAQEL.....	417	WINREVAIR.....	190	XEPI.....	511
VYVANSE.....	392	WINTERGREEN OIL.....	459	XERESE.....	485
VYZULTA.....	848	Wixela Inhub.....	101	XERMELO.....	36
WAINUA.....	417	WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED.....	304	XEROFORM.....	637, 799
WAKIX.....	345	WOMENS DAILY GUMMIES	304	XEROFORM NON- OCCLUSIVE.....	637, 799
<i>warfarin</i>	231	WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN.....	304	XEROFORM PETROLATUM DRESSING	637, 799
<i>water for irrigation, sterile</i>	306	WOMEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES.....	304	XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP.....	637, 799
WAVESENSE AMP.....	634, 798			XHANCE.....	92
WAVESENSE CONTROL SOLUTION.....	634, 798			XIFAXAN.....	29
WAVESENSE JAZZ....	650, 798			XIGDUO XR.....	427
WAVESENSE PRESTO	634, 650, 798			XIIDRA.....	840
WEEKLY-D.....	249			XILAPAK.....	462
WEGOVI.....	827			XIMINO.....	11, 520
WELIREG.....	160			XOFLUZA.....	2
WELLFOLA.....	304			XOLAIR.....	98
WELLPRO-31.....	77				

XOLEGEL.....	522	ZEGALOGUE		Zomig.....	411
XOLREMDI.....	228	AUTOINJECTOR.....	419	ZONISADE.....	360
XOSPATA.....	158	ZEGALOGUE SYRINGE....	419	<i>zonisamide</i>	360
XPHOZAH.....	246	ZEJULA.....	153	ZONTIVITY.....	228
XPOVIO.....	150, 158	ZELAPAR.....	379	ZORVOLEX.....	122
XRYLIX (DICLOFENAC- KINES TAPE).....	475	ZELBORAF.....	156	ZORYVE.....	478, 483
XTAMPZA ER.....	114, 115	ZELNORM.....	35, 51	Zovia 1-35 (28).....	180
XTANDI.....	167, 168	ZEMAIRA.....	96	ZTALMY.....	355
Xulane.....	182	ZEMBRACE SYMTOUCH...	410	ZTLIDO.....	481
XULTOPHY 100/3.6.....	429	Zenatane.....	540	ZUBSOLV.....	335
XURIDEN.....	829	ZENPEP.....	61	Zumandimine (28).....	180
XYBIOTIC.....	77	ZENPHOR.....	469, 799	ZURZUVAE.....	366
XYLIDERM.....	480	Zenedi.....	347, 370, 392	ZYCLARA.....	517
XYLIGEL.....	327	ZEPATIER.....	25	ZYDELIG.....	161
XYLIMELTS.....	327	ZEPBOUND.....	825	ZYFLO.....	87
XYMOBOLX.....	275	ZEPOSIA.....	52, 454	ZYKADIA.....	151
XYMODINE.....	263	ZEPOSIA STARTER KIT		ZYLET.....	844
XYNTHA.....	241	(28-DAY).....	52, 454	ZYMFENTRA.....	59, 107
XYNTHA SOLOFUSE.....	241	ZEPOSIA STARTER PACK		ZYPITAMAG.....	200
XYOSTED.....	425	(7-DAY).....	52, 454	ZYPRAM.....	456
XYWAV.....	347	ZERVIATE.....	840		
Yargesa.....	830	ZETONNA.....	92		
YAXATARXYN.....	487	ZICLOCIN.....	527		
YCANTH.....	473	ZICLOPRO.....	527		
YOGURT PLUS CALCIUM		<i>zidovudine</i>	19		
GUMMIES.....	282	ZIEXTENZO.....	230		
YOKATAR.....	487	ZILACAINE PATCH....	481, 664		
YONSA.....	163, 168	ZILBRYSQ.....	674		
YOSPRALA.....	233	<i>zileuton</i>	87		
YUFLYMA(CF).....	59, 107, 141	ZILOVAL.....	481		
YUFLYMA(CF) AI		ZILXI.....	514		
CROHN'S-UC-HS..	58, 107, 140	ZIMHI.....	189		
YUFLYMA(CF)		ZINC BALANCE.....	277		
AUTOINJECTOR...	59, 107, 141	<i>zinc citrate</i>	277		
YUM-YUM DOPHILUS.....	77	<i>zinc gluconate</i>	277		
YUPELRI.....	84	<i>zinc glycinate</i>	277		
YUSIMRY(CF) PEN		<i>zinc oxide</i>	511		
.....	59, 107, 141	<i>zinc sulfate</i>	277		
Yuvafem.....	672	ZINGIBER.....	308		
Zafemy.....	183	ZIPHEX.....	273		
<i>zafirlukast</i>	92	<i>ziprasidone hcl</i>	343, 373		
<i>zaleplon</i>	370	ZIRGAN.....	834		
ZALVIT.....	273	ZITHRANOL.....	478		
Zarah.....	180	ZITUVIO.....	449		
ZARXIO.....	230	ZMA CLEAR.....	534		
ZATEAN-PN DHA.....	286	ZOKINVY.....	831		
ZATEAN-PN PLUS.....	304	ZOLINZA.....	164		
ZAVZPRET.....	404	<i>zolmitriptan</i>	410, 411		
ZCORT.....	440	<i>zolpidem</i>	370		
		ZOMACTON.....	445		