

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)

Lista de medicamentos recetados disponibles con nivel de medicamentos especializados del Plan de Punto de Servicio (POS)

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

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

Este documento contiene información relativa a los medicamentos que están cubiertos cuando usted participa en el(los) Plan(es) de seguro médico de Punto de Servicio (Point of Service, POS) sin derechos adquiridos por antigüedad de California para grupos grandes con nivel de medicamentos especializados emitido(s) por Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) y surte su receta en una farmacia de la red de MedImpact. Si pertenece a nuestro plan de POS y tiene intención de surtir sus medicamentos recetados en una farmacia de Kaiser Permanente, por favor visite **kp.org/formulary** (haga clic en "Español") y seleccione la **Lista de medicamentos recetados disponibles de California para los planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)** para obtener información sobre los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos recetados disponibles de su beneficio de nivel del plan de HMO.

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

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

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

Para obtener información sobre los costos compartidos de los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de su plan en concreto, visite: **kp.org/kpic-ca-rx-pos-ngf** (en inglés).

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

INFORMACIÓN SOBRE LA LISTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DISPONIBLES

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

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

Cómo usar este documento

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

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

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

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

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

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

AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MEDICAMENTOS PARA INFECCIONES	
ANTIBIÓTICO AMINOPENICILÁNICO - ANTIBIÓTICOS	
MOXATAG TABLETA ORAL, MULTIFASE DE LIBERACIÓN PROLONGADA (EXTENDED RELEASE, ER) 24 HR 775 MG (<i>amoxicilina</i>)	3

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

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

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

Diseño de beneficios por niveles

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

En su plan de POS, pagará un copago o coseguro diferente por los medicamentos genéricos o de marca preferidos y por los medicamentos genéricos y de marca no preferidos. Los medicamentos preferidos le cuestan menos que los no preferidos. Por favor, consulte la tabla de definición de niveles que aparece a continuación para ver cómo identificar qué medicamentos son preferidos o no preferidos.

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

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

Definiciones de los niveles:

Símbolo	Pauta	Descripción
T0	Nivel 0	Beneficios de atención preventiva exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) sin costo
T1	Nivel 1	Medicamentos genéricos preferidos
T2	Nivel 2	Medicamentos de marca preferidos
T3	Nivel 3	Medicamentos genéricos y de marca no preferidos
T4	Nivel 4	Medicamentos especializados
DME	Otros artículos de farmacia	Otros artículos de farmacia y determinados equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME), tales como las tiras reactivas y las lancetas, disponibles en la farmacia y a través de su beneficio médico.

Mantenimiento y actualización de la Lista de medicamentos recetados disponibles

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

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

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

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

¿Qué medicamentos están cubiertos?

Por lo general, su beneficio de medicamentos recetados cubrirá los medicamentos genéricos, de marca y especializados recetados que aparecen en la Lista de medicamentos recetados disponibles si el medicamento es médicamente necesario, la receta es surtida por un proveedor de farmacia de la red de MedImpact y se siguen otras reglas de cobertura. Los medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC) no suelen estar cubiertos; sin embargo, ciertos medicamentos preventivos OTC están cubiertos cuando los receta un médico, tales como la aspirina, los suplementos de hierro y los medicamentos para dejar de fumar. También está cubierto el equipo médico duradero recetado por un médico para tratar la diabetes o para ayudar a los dispositivos de inhalación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué medicamentos no están cubiertos? **Exclusiones generales**

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

Medicamentos no incluidos en la Lista de medicamentos recetados disponibles

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

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

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

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

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

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

Tabla de símbolos de las pautas:

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

¿Qué es una autorización previa?

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

¿Cómo funciona el programa?

Los medicamentos marcados con una PA significan que el profesional que se los receta debe demostrar primero que usted tiene una necesidad médica de ese medicamento en particular. Esto significa que para recibir cobertura el profesional que le hace la receta tendrá que colaborar con MedImpact para recibir la autorización previa del medicamento. Los medicamentos con autorización previa tienen criterios clínicos específicos que usted debe cumplir para obtener cobertura. Consulte la columna Requisitos/Límites de la Lista de medicamentos recetados disponibles para conocer los medicamentos que requieren una PA.

Después de la recepción de su solicitud de autorización previa, MedImpact notificará al proveedor autorizado para recetar en un plazo de 72 horas para las solicitudes no urgentes y en un plazo de 24 horas si existen circunstancias apremiantes, la aprobación de la solicitud u otro resultado. Si MedImpact no responde en un plazo de 72 horas para el caso de las solicitudes que no sean de urgencia y en un plazo de 24 horas si existen circunstancias de urgencia, a partir de la recepción de un formulario de solicitud de un proveedor autorizado para recetar medicamentos, se deberá considerar que la solicitud fue aprobada. Si no le satisface el resultado, puede solicitar una exención llamando a MedImpact al **1-800-788-2949**.

¿Qué son los límites de cantidad?

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

¿Qué es el tratamiento escalonado?

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

¿Cómo funciona el programa? El Programa de Tratamiento Escalonado requiere que tenga un historial de recetas de un medicamento "de primera línea" antes de que su plan de beneficios cubra un medicamento "de segunda línea".

Un medicamento de primera línea está reconocido como seguro y eficaz en el tratamiento de una afección médica específica, además de mantener los costos bajos. Un medicamento de segunda línea es una opción de tratamiento menos preferida o a veces más costosa. Vea una lista completa de los medicamentos que requieren tratamiento escalonado y sus criterios en Modificaciones de tratamiento escalonado de la sección "Índice" al final de la Lista de medicamentos recetados disponibles.

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

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

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

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

La red de farmacias

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

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

No hay cobertura de servicios de farmacia por correo disponible con respecto a esta Lista de medicamentos recetados disponibles a través de las farmacias de la red de MedImpact. La cobertura del servicio de farmacia por correo se proporciona en el nivel de HMO del Plan POS a través del servicio de farmacia por correo de Kaiser Permanente. Por favor, vea su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o visite **kp.org/formulary** (haga clic en "Español") para conocer los detalles de este beneficio.

Cobertura y limitaciones de los beneficios

Esta Lista de medicamentos recetados disponibles impresa no proporciona información sobre la cobertura y las limitaciones específicas a las que usted puede estar sujeto. Las inclusiones, las exclusiones y los gastos de bolsillo de beneficios específicos no se reflejan en la Lista de medicamentos recetados disponibles.

La Lista de medicamentos recetados disponibles se aplica solo a los medicamentos para pacientes ambulatorios que se le hayan proporcionado y no se aplica a los medicamentos que se usan en un establecimiento para pacientes hospitalizados. Si tiene preguntas específicas sobre su cobertura, por favor llame a Servicio al Cliente de KPIC al **1-800-788-0710**.

Definición de términos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), suscribe el nivel de HMO del Plan de POS de Kaiser Permanente y Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), una subsidiaria de KFHP, suscribe los niveles de proveedores participantes y no participantes del Plan de POS de Kaiser Permanente.

Aviso de no discriminación

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

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

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

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

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

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

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

Por correo electrónico: www.insurance.ca.gov

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

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

o por correo postal o teléfono a:

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

Los formularios de quejas están disponibles en:

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

Notice of Language Assistance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla de Contenido

Informational Section.....	1
Agentes Antiinfecciosos.....	1
Agentes Antiinfecciosos - Drugs For Infections.....	1
Agentes De Terapia Gastrointestinal.....	38
Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach.....	39
Agentes De Terapia Respiratoria.....	90
Agentes De Terapia Respiratoria - Drugs For The Lungs.....	90
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar.....	115
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver.....	115
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos.....	116
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos - Drugs For Pain And Fever.....	117
Anestésicos - Drugs For Pain And Fever.....	152
Anthelmintic.....	153
Anthelmintic - Drugs For Cancer.....	155
Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women.....	184
Antiparkinson Adjuvant - Comt Inhibitors - Drugs For Metabolic Disease.....	204
Antiporphyria Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning.....	204
Antiseptic - Chlorine Releasing.....	208
Antiseptic - Chlorine Releasing - Drugs For The Heart.....	209
Antiseptics And Disinfectants.....	251
Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood.....	251
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales.....	273
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales - Drugs For Nutrition.....	273
Biológicos.....	351
Biológicos - Biological Agents.....	351
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Drugs For The Mouth And Throat.....	367
Clase Fdb Obsoleta-No Usada.....	372
Colonic Acidifier (Ammonia Inhibitor) - Drugs For Addiction.....	373
Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants.....	378
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine.....	381
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine - Drugs For The Nervous System.....	381
Dopamine D1 Receptor Agonists, Antihypertensive - Drugs For The Urinary System.....	472
Endocrino.....	473
Endocrino - Hormones.....	473
Gastrointestinal Prokinetic Combinations - Drugs For The Nervous System.....	520
Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations.....	524
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations.....	526
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations - Drugs For The Skin.....	526
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment.....	631
Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics.....	787
Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear.....	790
Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein Iib/Iiia Receptor Inhib - Antiseptics And Disinfectants..	792
Productos Vaginales - Drugs For Women.....	794
Sistema Locomotor.....	797
Sistema Locomotor - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones.....	798
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb.....	804

Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals.....	954
Terapia De Gota E Hiperruricemia - Drugs For Pain And Fever.....	967
Terapia De Trastorno Cognitivo.....	968
Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System.....	968
Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System.....	971
Terapia Para Trastorno Alimentario.....	984
Terapia Para Trastorno Alimentario - Drugs For Eating Disorders.....	984
Thyroid Therapy.....	985
Thyroid Therapy - Drugs That Alter Metabolism.....	986
Vitamins - E.....	990
Vitamins - E - Drugs For The Eye.....	991

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Antiinfecciosos		
Antiretroviral - Capsid Inhibitors		
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG (lenacapavir sodium)	Nivel 2	PA
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML (lenacapavir sodium)	Nivel 2	PA
YEZTUGO ORAL TABLET 300 MG (lenacapavir sodium)	Nivel 0	
YEZTUGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML (lenacapavir sodium)	Nivel 0	
Penem Antibiotic Combinations		
ORLYNVAH ORAL TABLET 500-500 MG (sulopenem etzadroxil/probenecid)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
Agentes Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
Adyuvantes Inmunológicos Antiinfecciosos - Interferones - Drugs For Infections		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML (interferon gamma-1b, recomb.)	Nivel 4	PA
Agente Antiviral Cmv - Análogos De Nucleósido - Drugs For Viral Infections		
VALCYTE ORAL RECON SOLN 50 MG/ML (valganciclovir HCl)	Nivel 3	
VALCYTE ORAL TABLET 450 MG (valganciclovir HCl)	Nivel 3	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
Agentes Antivirales De Influenza - Inhibidor De Endonucleasa Pa - Drugs For Viral Infections		
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG (baloxavir marboxil)	Nivel 2	QL (4 EA per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG (baloxavir marboxil)	Nivel 2	QL (2 EA per 180 days)
Agentes Antivirales De Virus De Viruela - Drugs For Viral Infections		
TEMBEXA ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (brincidofovir)	Nivel 2	
TEMBEXA ORAL TABLET 100 MG (brincidofovir)	Nivel 2	
TPOXX (NATIONAL STOCKPILE) ORAL CAPSULE 200 MG (tecovirimat)	Nivel 2	
Agentes Antivirales De Virus Respiratorio Sincitial (Rsv) - Drugs For Viral Infections		
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i>	Nivel 1	
VIRAZOLE INHALATION RECON SOLN 6 GRAM (ribavirin)	Nivel 3	
Alternative Therapy - Topical Anti-Inflammatory Agents - Antibiotics		
PASER ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 4 GRAM (aminosalicylic acid)	Nivel 3	
Aminoglycoside Antibiotic - Drugs For Viral Infections		
EDURANT ORAL TABLET 25 MG (rilpivirine HCl)	Nivel 2	
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG (rilpivirine HCl)	Nivel 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG (etravirine)	Nivel 3	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (etravirine)	Nivel 2	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG (doravirine)	Nivel 3	
Aminopenicillin Antibiotic - Antibiotics		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
MOXATAG ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 775 MG (amoxicillin)	Nivel 3	
Antagonista De Folato Antibacteriano - Otras Combinaciones - Antibiotics		
BACTRIM DS ORAL TABLET 800-160 MG (sulfamethoxazole/trimethoprim)	Nivel 3	
BACTRIM ORAL TABLET 400-80 MG (sulfamethoxazole/trimethoprim)	Nivel 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	Nivel 1	
SULFATRIM ORAL SUSPENSION 200-40 MG/5 ML (sulfamethoxazole/trimethoprim)	Nivel 1	
Antagonista De Folato Antibacteriano Otros - Antibiotics		
PRIMSOL ORAL SOLUTION 50 MG/5 ML (trimethoprim)	Nivel 2	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
Antibacterial Agents - Drugs For Viral Infections		
SOVALDI ORAL PELLETS IN PACKET 150 MG, 200 MG (sofosbuvir)	Nivel 4	PA
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sofosbuvir)	Nivel 4	PA
Antibacterial Other - Drugs For Viral Infections		
VIEKIRA PAK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG-75 MG -50 MG/250 MG (ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir sodium)	Nivel 4	
Antibióticos De Alcaloides De Protoberberina Cuaternaria - Antibiotics		
<i>berberine chloride oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
BERBERINE ES-5 ORAL CAPSULE 200 MG (dihydroberberine)	Nivel 3	
Antibióticos De Aminoglucósido - Antibiotics		
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML (amikacin sulfate liposomal with nebulizer accessories)	Nivel 4	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos De Aminometilciclina - Antibiotics		
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (omadacycline tosylate)	Nivel 3	
Antibióticos De Aminopenicilina - Combinaciones De Inhibidor De Beta-Lactamasa - Antibiotics		
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	Nivel 1	
AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 600-42.9 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 3	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for a different strength of Augmentin within the past 120 days; QL (150 ML per 30 days)
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 250-62.5 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 3	
AUGMENTIN ORAL TABLET 500-125 MG (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUGMENTIN XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 1,000-62.5 MG (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 3	
Antibióticos De Fluorquinolona - Antibiotics		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG (delafloxacin meglumine)	Nivel 3	
CIPRO ORAL SUSPENSION,MICROCAPSULE RECON 250 MG/5 ML, 500 MG/5 ML (ciprofloxacin)	Nivel 2	
CIPRO ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (ciprofloxacin HCl)	Nivel 3	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos De Oxazolidinona - Antibiotics		
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG (tedizolid phosphate)	Nivel 2	
ZYVOX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML (linezolid)	Nivel 3	
ZYVOX ORAL TABLET 600 MG (linezolid)	Nivel 3	
Antibióticos De Pleuromutilina - Antibiotics		
XENLETA ORAL TABLET 600 MG (lefamulin acetate)	Nivel 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibióticos De Sulfonamidas - Antibiotics		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos De Tetraciclina - Antibiotics		
doxycycline monohydrate (Avidoxy Oral Tablet 100 Mg)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
DORYX MPC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 60 MG (doxycycline hyclate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate/Monohydrate 50mg/100mg IR tablets/capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
DORYX ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 80 MG (doxycycline hyclate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 150mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate 50mg capsules or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules or tablets within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate/Monohydrate 100mg capsule or tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 150 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 150mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 200 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate/Monohydrate 100mg capsule or tablets within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate 50mg tablets or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules/tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg, 80 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule, ir - delay rel, biphasic 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
EMROSI ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 40 MG (minocycline HCl)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral capsule, extended release 24hr 135 mg, 45 mg, 90 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral tablet extended release 24 hr 105 mg, 115 mg, 135 mg, 45 mg, 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
doxycycline monohydrate (Mondoxylene NI Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 1	
doxycycline monohydrate (Mondoxylene NI Oral Capsule 75 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
MORGIDOX 1X 50 KIT 50 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MORGIDOX 1X100 KIT 100 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
MORGIDOX 2X100 KIT 100 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
doxycycline hyclate (Morgidox Oral Capsule 50 Mg)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (omadacycline tosylate)	Nivel 3	
ORACEA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 40 MG (doxycycline monohydrate)	Nivel 3	
SEYSARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 60 MG (sarecycline HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline or Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 9 Years)
doxycycline hyclate (Targadox Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate 50mg capsules or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules or tablets within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tetracycline oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
XIMINO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 135 MG, 45 MG, 90 MG (minocycline HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Antibióticos Macrólidos - Antibiotics		
<i>azithromycin oral packet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	Nivel 1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML (fidaxomicin)	Nivel 2	QL (10 ML per 1 day)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (fidaxomicin)	Nivel 1	QL (20 EA per 10 days)
erythromycin ethylsuccinate (E.E.S. 400 Oral Tablet 400 Mg)	Nivel 1	
ERYPED 400 ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 400 MG/5 ML (erythromycin ethylsuccinate)	Nivel 3	
erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet,Delayed Release (Dr/Ec) 250 Mg, 500 Mg)	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet, Delayed Release (Dr/Ec) 333 Mg)	Nivel 3	
ERYTHROCIN (AS STEARATE) ORAL TABLET 250 MG (erythromycin stearate)	Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral capsule, delayed release (dr/ec) 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (20 EA per 10 days)
ZITHROMAX ORAL PACKET 1 GRAM (azithromycin)	Nivel 3	
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML, 200 MG/5 ML (azithromycin)	Nivel 3	
ZITHROMAX ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (azithromycin)	Nivel 3	
ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET 500 MG (azithromycin)	Nivel 3	
ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET 250 MG (azithromycin)	Nivel 3	
Antifungal - Glucan Synthesis Inhibitor, Triterpenoid - Antibiotics		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG (ibrexafungerp citrate)	Nivel 3	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antifungal - Glucan Synthesis Inhibitors - Antibiotics		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG (ibrexafungerp citrate)	Nivel 3	PA
Antifungal - Tetrazoles - Drugs For Fungus		
VIVJOA ORAL CAPSULE 150 MG (oteseconazole)	Nivel 3	PA
Antifungal Other - Drugs For Viral Infections		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antifungals - Drugs For Viral Infections		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	Nivel 1	
VALTREX ORAL TABLET 1 GRAM, 500 MG (valacyclovir HCl)	Nivel 3	
ZOVIRAX ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (acyclovir)	Nivel 3	
Antifúngico - Agentes De Tipo Pirimidina Fluorada - Drugs For Fungus		
ANCOBON ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG (flucytosine)	Nivel 3	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antifúngico - Triazoles - Drugs For Fungus		
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG (isavuconazonium sulfate)	Nivel 3	PA
DIFLUCAN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML (fluconazole)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG (fluconazole)	Nivel 3	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG (posaconazole)	Nivel 3	PA
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML) (posaconazole)	Nivel 3	PA
NOXAFIL ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG (posaconazole)	Nivel 3	PA
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	PA
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	Nivel 1	PA
SPORANOX ORAL CAPSULE 100 MG (itraconazole)	Nivel 3	
SPORANOX ORAL SOLUTION 10 MG/ML (itraconazole)	Nivel 3	
TOLSURA ORAL CAPSULE, SOLID DISPERSION 65 MG (itraconazole)	Nivel 3	PA
VFEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/5 ML (40 MG/ML) (voriconazole)	Nivel 3	
VFEND ORAL TABLET 50 MG (voriconazole)	Nivel 3	
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antifúngicos - Alilaminas - Drugs For Fungus		
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihyperglycemic - Insulin-Release Stimulant Type - Antibiotics		
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (bedaquiline fumarate)	Nivel 4	PA
Antileprótico - Agentes De Sulfona - Antibiotics		
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	Nivel 1	
Antipalúdicos - Drugs For Parasites		
ARAKODA ORAL TABLET 100 MG (tafenoquine succinate)	Nivel 3	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg	Nivel 1	QL (36 EA per 16 days)
chloroquine phosphate oral tablet 500 mg	Nivel 1	QL (18 EA per 16 days)
DARAPRIM ORAL TABLET 25 MG (pyrimethamine)	Nivel 4	PA
hydroxychloroquine oral tablet 100 mg	Nivel 1	QL (180 EA per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	Nivel 1	QL (100 EA per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 300 mg	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 400 mg	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG (tafenoquine succinate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 FILL)
mefloquine oral tablet 250 mg	Nivel 1	
PLAQUENIL ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 3	QL (100 EA per 30 days)
primaquine oral tablet 26.3 mg (15 mg base)	Nivel 2	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	Nivel 4	PA
QUALAQUIN ORAL CAPSULE 324 MG (quinine sulfate)	Nivel 3	
quinine sulfate oral capsule 324 mg	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 3	QL (60 EA per 30 days)
Antiparkinson Adjuvant - Peripheral Dopa-Decarboxylase Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG (sofosbuvir/velpatasvir)	Nivel 2	PA
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG (sofosbuvir/velpatasvir)	Nivel 2	PA
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG (ledipasvir/sofosbuvir)	Nivel 2	PA
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG (ledipasvir/sofosbuvir)	Nivel 2	PA
Antiprotozoario-Antibacteriano De 1Era Generación 2-Metil-5-Nitroimidazol - Drugs For Infections		
LIKMEZ ORAL SUSPENSION 500 MG/5 ML (metronidazole)	Nivel 3	
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole oral tablet 125 mg</i>	Nivel 3	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiprotozoario-Antibacteriano De 2Da Generación 2-Metil-5-Nitroimidazol - Drugs For Infections		
SOLOSEC ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 2 GRAM (secnidazole)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Clindamycin, vaginal Clindamycin cream, oral Metronidazole, vaginal Metronidazole gel, or Tinidazole within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antiretroviral - Análogos De Nucleósido Y Nucleótido, Inhibidores De Proteasa - Drugs For Viral Infections		
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG (darunavir eth/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide)	Nivel 2	
Antiretroviral - Cd4 Attachment Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG (fostemsavir tromethamine)	Nivel 2	PA
Antiretroviral - Comb De Inhibidores De Transcriptasa Inversa De Nucleósido (Nrti) - Drugs For Viral Infections		
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiretroviral - Combinaciones De Análogos De Nucleósido E Inhibidor De Integrasa - Drugs For Viral Infections		
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG (abacavir sulfate/dolutegravir sodium/lamivudine)	Nivel 2	
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG (abacavir sulfate/dolutegravir sodium/lamivudine)	Nivel 2	
Antiretroviral - Combinaciones De Inhibidor De Integrasa Y Nnrti - Drugs For Viral Infections		
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG (dolutegravir sodium/rilpivirine HCl)	Nivel 2	
Antiretroviral - Combinaciones De Inhibidor De Integrasa Y Nrti - Drugs For Viral Infections		
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG (dolutegravir sodium/lamivudine)	Nivel 2	
Antiretroviral - Combinaciones De Rtis Análogos De Nucleósido Y Nucleótido - Drugs For Viral Infections		
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG (lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate)	Nivel 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate)	Nivel 2	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Nivel 1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG (emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 3	
Antiretroviral - Inhibidores De Fusión Vih-1 - Drugs For Viral Infections		
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG (enfuvirtide)	Nivel 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiretroviral - Inhibidores De Transcriptasa Inversa Análoga Nucleótido - Drugs For Viral Infections		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
VIREAD ORAL TABLET 300 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 3	
Antiretroviral - Inhibidores De Transcriptasa Inversa De Nucleósido (Nrti) - Drugs For Viral Infections		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG (emtricitabine)	Nivel 3	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML (emtricitabine)	Nivel 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EPIVIR ORAL SOLUTION 10 MG/ML (lamivudine)	Nivel 3	
EPIVIR ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (lamivudine)	Nivel 3	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
RETROVIR ORAL CAPSULE 100 MG (zidovudine)	Nivel 3	
RETROVIR ORAL SYRUP 10 MG/ML (zidovudine)	Nivel 3	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
ZIAGEN ORAL SOLUTION 20 MG/ML (abacavir sulfate)	Nivel 3	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	
Antiretroviral - Inhibidores De Transferencia De Sepa De Integrasa Vih-1 - Drugs For Viral Infections		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (cabotegravir)	Nivel 2	\$0 COPAY IF QUANTITY 0.15 IN 1 DAY, FILL OF 7 IN 365 DAYS, AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS; Age (Min 12 Years)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG (raltegravir potassium)	Nivel 2	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (raltegravir potassium)	Nivel 2	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG (raltegravir potassium)	Nivel 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG (raltegravir potassium)	Nivel 2	
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG (dolutegravir sodium)	Nivel 2	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG (dolutegravir sodium)	Nivel 2	
Antituberculosos - Derivados De Ácido Isonicotínico - Antibiotics		
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Antituberculosos - Rifamicinas Y Derivados - Antibiotics		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (rifapentine)	Nivel 3	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Cephalosporin Antibiotics - 1St Generation - Antibiotics		
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cephalosporin Antibiotics - 2Nd Generation - Antibiotics		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Cephalosporin Antibiotics - 3Rd Generation - Antibiotics		
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
SPECTRACEF ORAL TABLET 400 MG (cefditoren pivoxil)	Nivel 3	
SUPRAX ORAL CAPSULE 400 MG (cefixime)	Nivel 3	
SUPRAX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/5 ML (cefixime)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUPRAX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 500 MG/5 ML (cefixime)	Nivel 2	
SUPRAX ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 200 MG (cefixime)	Nivel 2	
Chemicals - Acids - Antibiotics		
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Chemicals - Bases - Antibiotics		
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG (ethionamide)	Nivel 3	
Chemicals-Pharmaceutical Adjuvants - Antibiotics		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Single Agents - Drugs For Parasites		
LAMPIT ORAL TABLET 120 MG, 30 MG (nifurtimox)	Nivel 3	
Cmv Antiviral Agent - Inorganic Pyrophosphate Analogs - Antibiotics		
<i>pretomanid oral tablet 200 mg</i>	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
Cmv Antiviral Agent - Protein Kinase Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG (maribavir)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones De Antirretrovirales - Inhibidores De Proteasa - Drugs For Viral Infections		
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (atazanavir sulfate/cobicistat)	Nivel 2	
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML (lopinavir/ritonavir)	Nivel 3	
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG, 200-50 MG (lopinavir/ritonavir)	Nivel 3	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	Nivel 1	
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Nivel 4	QL (1 EA per 1 day)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Nivel 3	
Combinaciones De Tetraciclina Y Antibióticos De Tetraciclina - Antibiotics		
AVIDOXY DK KIT 100 MG-2 % -SPF 30 (doxycycline monohydrate/salicylic acid/octinoxate/zinc oxide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
BENZODOX 30 KIT, CLEANSER ER AND TABLET 100-4.4 MG-% (doxycycline monohydrate/benzoyl peroxide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BENZODOX 60 KIT, CLEANSER ER AND TABLET 100-4.4 MG-% (doxycycline monohydrate/benzoyl peroxide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
Derivados De Nitrofuranos Antibacterianos - Antibiotics		
FURADANTIN ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (nitrofurantoin)	Nivel 3	PA
MACROBID ORAL CAPSULE 100 MG (nitrofurantoin monohydrate/macrocystals)	Nivel 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohydrate oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Nivel 3	
Dermatological - Enzyme Combinations - Drugs For Fungus		
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	Nivel 1	
Dermatological - Keratolytic-Antimitotic Combinations - Drugs For Viral Infections		
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	QL (40 EA per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (20 EA per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (360 ML per 180 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION (zanamivir)	Nivel 3	QL (40 EA per 180 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 30 MG (oseltamivir phosphate)	Nivel 3	QL (40 EA per 180 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 45 MG, 75 MG (oseltamivir phosphate)	Nivel 3	QL (20 EA per 180 days)
TAMIFLU ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 6 MG/ML (oseltamivir phosphate)	Nivel 3	QL (360 ML per 180 days)
Dermatological - Pigmenting Agents - Antibiotics		
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML (vancomycin HCl)	Nivel 3	QL (300 ML per 1 FILL)
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 50 MG/ML (vancomycin HCl)	Nivel 3	QL (600 ML per 1 FILL)
VANCOCIN ORAL CAPSULE 125 MG (vancomycin HCl)	Nivel 3	QL (56 EA per 1 FILL)
VANCOCIN ORAL CAPSULE 250 MG (vancomycin HCl)	Nivel 3	QL (112 EA per 1 FILL)
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	Nivel 1	QL (56 EA per 1 FILL)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	QL (112 EA per 1 FILL)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (300 ML per 1 FILL)
<i>vancomycin oral recon soln 50 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (600 ML per 1 FILL)
Dermatological - Therapeutic Bath Products - Antibiotics		
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Topical Local Anesthetics And Combinations - Drugs For Parasites		
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Nivel 1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG (artemether/lumefantrine)	Nivel 3	
MALARONE ORAL TABLET 250-100 MG (atovaquone/proguanil HCl)	Nivel 3	
MALARONE PEDIATRIC ORAL TABLET 62.5-25 MG (atovaquone/proguanil HCl)	Nivel 3	
Hepatitis C - Análogos De Nucleósido - Drugs For Viral Infections		
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
Hepatitis C - Comb De Inhib De Proteasa Ns5a, Ns3/4A, Nucleo.Ns5b Polimerasa - Drugs For Viral Infections		
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG (sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir)	Nivel 4	PA
Hepatitis C - Inhibidor De Ns5a Y Combinación De Inhibidor De Proteasa Ns3/4A - Drugs For Viral Infections		
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET 50-20 MG (glecaprevir/pibrentasvir)	Nivel 4	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG (glecaprevir/pibrentasvir)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG (elbasvir/grazoprevir)	Nivel 4	PA
Hepatitis C - Interferones - Drugs For Viral Infections		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML (peginterferon alfa-2a)	Nivel 2	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML (peginterferon alfa-2a)	Nivel 2	PA
Influenza-Agentes Antivirales A - Drugs For Viral Infections		
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 3	
Inhibidores De Proteasa (No-Peptídico) Antiretrovirales - Drugs For Viral Infections		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG (tipranavir)	Nivel 2	
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Nivel 4	QL (1 EA per 1 day)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Nivel 3	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML (darunavir)	Nivel 2	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (darunavir)	Nivel 2	
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (darunavir)	Nivel 3	
Inhibidores De Proteasa (Peptídico) Antiretrovirales - Drugs For Viral Infections		
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (atazanavir sulfate/cobicistat)	Nivel 2	
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	Nivel 1	
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG (ritonavir)	Nivel 2	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (ritonavir)	Nivel 2	
NORVIR ORAL TABLET 100 MG (ritonavir)	Nivel 3	
REYATAZ ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG (atazanavir sulfate)	Nivel 3	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG (atazanavir sulfate)	Nivel 2	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG (nelfinavir mesylate)	Nivel 2	
Macrolide Antibiotics - Drugs For Parasites		
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	Nivel 1	
Macrolide Combinations - Antibiotics		
CLEOCIN HCL ORAL CAPSULE 150 MG, 300 MG, 75 MG (clindamycin HCl)	Nivel 3	
clindamycin palmitate HCl (Cleocin Pediatric Oral Recon Soln 75 Mg/5 MI)	Nivel 3	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
clindamycin palmitate HCl (Clindamycin Pediatric Oral Recon Soln 75 Mg/5 MI)	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Macrolide Combinations Other - Drugs For Viral Infections		
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG (bictegravir sodium/emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate)	Nivel 2	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG (elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide)	Nivel 2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG (elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir disoproxil)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Nasal Dilator Strips - Drugs For Viral Infections		
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG (emtricitabine/rilpivirine HCl/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 3	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG (doravirine/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 3	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i>	Nivel 1	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	Nivel 1	
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofov oral tablet 200-25-300 mg</i>	Nivel 1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG (emtricitabine/rilpivirine HCl/tenofovir alafenamide fumarate)	Nivel 2	
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG (efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 3	
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG (efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Rifamicinas Y Antibióticos Derivados Relacionados - Antibiotics		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (rifapentine)	Nivel 3	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (rifaximin)	Nivel 3	PA
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (rifaximin)	Nivel 2	PA
Sars-Cov-2 Antiviral Agent - Main Protease (Mpro) Inhibitors - Drugs For Infections		
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)-100 MG (10), 150 MG (6)- 100 MG (5) (nirmatrelvir/ritonavir)	Nivel 0	QL (20 EA per 28 days); Age (Min 12 Years)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG (nirmatrelvir/ritonavir)	Nivel 0	QL (30 EA per 28 days); Age (Min 12 Years)
Sars-Cov-2 Antiviral Agent - Rna Polymerase Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
LAGEVRIO (EUA) ORAL CAPSULE 200 MG (molnupiravir)	Nivel 0	QL (40 EA per 29 days); Age (Min 18 Years)
Tetracycline Antibiotics And Combinations - Drugs For Fungus		
griseofulvin ultramicrosize (Fulvicin P/G Oral Tablet 165 Mg)	Nivel 3	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 165 mg</i>	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Tetracycline Antibiotics Combinations - Drugs For Fungus		
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
ORAVIG BUCCAL MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 50 MG (miconazole)	Nivel 3	
Tratamiento De Hepatitis B - Análogos De Nucleósidos (Antivirales) - Drugs For Viral Infections		
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML (entecavir)	Nivel 2	QL (630 ML per 30 days)
BARACLUDE ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (entecavir)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Tratamiento De Hepatitis B - Análogos De Nucleótidos (Antivirales) - Drugs For Viral Infections		
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
HEPSERA ORAL TABLET 10 MG (adefovir dipivoxil)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG (tenofovir alafenamide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
VIREAD ORAL TABLET 300 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 3	
Varias Combinaciones De Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Nivel 1	
URELLE ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URIBEL TABS ORAL TABLET 81.6-0.12-10.8 MG (methenamine/methylene blue/benzoic acid/salicylat/hyoscyamin)	Nivel 3	
URIMAR-T ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URIMAR-T ORAL TABLET 120-10.8-0.12 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URNEVA ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 1	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 1	
URO-SP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URYL ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 3	
Varios Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Nivel 1	
NEBUPENT INHALATION RECON SOLN 300 MG (pentamidine isethionate)	Nivel 3	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	Nivel 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic)	Nivel 3	
Agentes De Terapia Gastrointestinal		
Fecal Microbiota Transplantation (Fmt)		
REBYOTA RECTAL ENEMA 150 ML (fecal microbiota, live-jslm)	Nivel 4	PA
VOWST ORAL CAPSULE (fecal microbiota spores, live-brpk)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Gastric Acid Secretion Reducer - Potassium-Competitive Acid Blockers		
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (vonoprazan fumarate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach		
Acidificante Colónico (Inhibidor De Amoníaco) - Drugs For The Stomach		
lactulose (Enulose Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	
lactulose (Generlac Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Nivel 1	
Agente De Intestino Inflamatorio - Aminosalicilatos Y Agentes Relacionados - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
APRISO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.375 GRAM (mesalamine)	Nivel 3	
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 3	
AZULFIDINE ORAL TABLET 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 3	
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	Nivel 1	
CANASA RECTAL SUPPOSITORY 1,000 MG (mesalamine)	Nivel 3	
COLAZAL ORAL CAPSULE 750 MG (balsalazide disodium)	Nivel 3	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG (olsalazine sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Lialda within the past 120 days

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIALDA ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 1.2 GRAM (mesalamine)	Nivel 3	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1	
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG, 500 MG (mesalamine)	Nivel 3	
ROWASA RECTAL ENEMA KIT 4 GRAM/60 ML (mesalamine with cleansing wipes)	Nivel 3	
SFROWASA RECTAL ENEMA 4 GRAM/60 ML (mesalamine)	Nivel 3	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Nivel 1	
Agente De Intestino Inflamatorio - Antagonista De Receptor De Integrina, Anticuerpo Mc - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 108 MG/0.68 ML (vedolizumab)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente De Intestino Inflamatorio - Inhibidores De Interleucina-12 Y Il-23, Mc Ab - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	Nivel 4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab)	Nivel 4	PA
STEQUEYMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-stba)	Nivel 4	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 4	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 4	PA
Agente De Intestino Inflamatorio - Inhibidores De Quinasa De Janus (Jak) - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG (upadacitinib)	Nivel 4	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (tofacitinib citrate)	Nivel 4	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG (tofacitinib citrate)	Nivel 4	PA
Agente Ibs - Antagonistas Selectivos De Receptor 5-Ht3 - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
LOTRONEX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (alosetron HCl)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Procinéticos Gastrointestinales - Antagonista D2/Agonistas 5-Ht4 - Drugs For The Stomach		
GIMOTI NASAL SPRAY WITH PUMP 15 MG/SPRAY (metoclopramide HCl)	Nivel 4	PA
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
REGLAN ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (metoclopramide HCl)	Nivel 3	
Agentes Solubilizantes De Cálculos Biliares (Litolisis) - Drugs For The Stomach		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Nivel 4	PA
CTEXLI ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Nivel 4	PA
RELTONE ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG (ursodiol)	Nivel 3	PA
URSO FORTE ORAL TABLET 500 MG (ursodiol)	Nivel 3	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Amebicide Combinations - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (linaclotide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG (plecanatide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antidiarreico - Inhibidor De Triptófano De Hidroxilasa - Drugs For Diarrhea		
XERMELO ORAL TABLET 250 MG (telotristat etiprate)	Nivel 4	PA
Antiemético - Antagonistas De Dopamina (D2)/5-Ht3 - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>trimethobenzamide oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
Antiemético - Antagonistas De Receptores De Sustancia P-Neurokina 1 (Nk1) - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 21 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 21 days)
<i>aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 21 days)
EMEND ORAL CAPSULE 80 MG (aprepitant)	Nivel 3	QL (2 EA per 21 days)
EMEND ORAL CAPSULE,DOSE PACK 125 MG (1)- 80 MG (2) (aprepitant)	Nivel 3	QL (3 EA per 21 days)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.) (aprepitant)	Nivel 2	QL (3 EA per 21 days)
VARUBI ORAL TABLET 90 MG (rolapitant HCl)	Nivel 3	QL (2 EA per 14 days)
Antiemético - Antihistamínicos - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>meclizine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiemético - Fenotiazidas - Drugs For Vomiting And Nausea		
prochlorperazine maleate (Compazine Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	
prochlorperazine (Compazine Rectal Suppository 25 Mg)	Nivel 3	
prochlorperazine (Compro Rectal Suppository 25 Mg)	Nivel 1	
promethazine HCl (Phenergan Injection Solution 25 Mg/ML, 50 Mg/ML)	Nivel 3	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
Antiemético - Tipo Canabinoide - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dronabinol)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Nivel 3	QL (60 ML per 30 days)
Antiespasmódico Gi - Aminas Terciarias Sintéticas - Drugs For Stomach Cramps		
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral tablet 40 mg</i>	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
Antiespasmódico Gi - Compuestos De Amoníaco Cuaternario - Drugs For Stomach Cramps		
DARTISLA ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1.7 MG (glycopyrrolate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Glycopyrrolate 2mg within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>glycopyrrolate (pf) injection syringe 0.6 mg/3 ml (0.2 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1.5 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Glycopyrrolate 1mg or 2mg within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
GLYRX-PF INJECTION SYRINGE 0.6 MG/3 ML (0.2 MG/ML) (glycopyrrolate/PF)	Nivel 3	
ROBINUL FORTE ORAL TABLET 2 MG (glycopyrrolate)	Nivel 3	
ROBINUL ORAL TABLET 1 MG (glycopyrrolate)	Nivel 3	
Antiespasmódico Gi Y Combinaciones De Benzodiacepina - Drugs For Stomach Cramps		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIBRAX (WITH CLIDINIUM) ORAL CAPSULE 5-2.5 MG (chlordiazepoxide/clidinium bromide)	Nivel 3	
Antiespasmódico Y Combinaciones De Opioides - Drugs For Stomach Cramps		
<i>belladonna alkaloids-opium rectal suppository 16.2-30 mg, 16.2-60 mg</i>	Nivel 1	
Antiflatulentos Gastrointestinales - Drugs For The Stomach		
<i>activated charcoal oral capsule 260 mg</i>	Nivel 3	
<i>activated charcoal oral capsule 280 mg</i>	Nivel 3	
BEANAID ORAL CAPSULE 300 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Nivel 3	
BEANO ORAL TABLET 400 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Nivel 3	
GAS RELIEF-PREVENTION ORAL CAPSULE 600 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Nivel 3	
Antihistamine-Decongestant-Analgesic-Expectorant Combinations - Drugs For Diarrhea		
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihyperglycemic - Sulfonylurea And Biguanide Combinations - Drugs For Diarrhea		
MYTESI ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG (crofelemer)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Antiretrovirals therapy within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Antihyperglycemic - Sulfonylurea Derivatives - Drugs For The Stomach		
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (teduglutide)	Nivel 4	PA
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (teduglutide)	Nivel 4	PA
Antileprotic - Sulfone Agents - Drugs For The Stomach		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG (cholic acid)	Nivel 4	PA
Antiparkinson Therapy - Ergot Alkaloids And Derivatives - Drugs For Vomiting And Nausea		
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG (netupitant/palonosetron HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 28 days)
Antiseptic And Disinfectant Combinations - Drugs For Stomach Cramps		
<i>belladonna alkaloids-opium rectal suppository 16.2-30 mg, 16.2-60 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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) (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (1200 ML per 30 days)
DONNATAL ORAL TABLET 16.2-0.1037 -0.0194 MG (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (8 EA per 1 day)
LIBRAX (WITH CLIDINIUM) ORAL CAPSULE 5-2.5 MG (chlordiazepoxide/clidinium bromide)	Nivel 3	
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral elixir 16.2-0.1037 - 0.0194 mg/5 ml</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (1200 ML per 30 days)
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral tablet 16.2-0.1037 - 0.0194 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (8 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHENOHYTRO ORAL ELIXIR 16.2-0.1037 -0.0194 MG/5 ML (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (1200 ML per 30 days)
PHENOHYTRO ORAL TABLET 16.2-0.1037 -0.0194 MG (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (8 EA per 1 day)
Antitussive-Antihistamine-Decongestant-Analgesic-Expectorant Comb - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
PRELIEF ORAL TABLET 65 MG (calcium glycerophosphate)	Nivel 3	
Antitussive-Antihistamine-Expectorant Combinations - Drugs For Diarrhea		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Nivel 1	
LOMOTIL ORAL TABLET 2.5-0.025 MG (diphenoxylate HCl/atropine sulfate)	Nivel 3	
MOTOFEN ORAL TABLET 1-0.025 MG (difenoquin HCl/atropine sulfate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Diphenoxylate/Atropine within the past 120 days; QL (8 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Asthma Therapy - 5-Lipoxygenase Inhibitors - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
CYTOTEC ORAL TABLET 100 MCG, 200 MCG (misoprostol)	Nivel 3	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 1	
Asthma Therapy - Alpha/Beta Adrenergic Agent Combinations - Drugs For Stomach Cramps		
ANASPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet,disintegrating 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
LEVBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
LEVSIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LEVSIN/SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
NULEV ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
SYMAX FASTABS ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
SYMAX-SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
SYMAX-SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
Asthma Therapy - Alpha/Beta Adrenergic-Expectorant Combinations - Drugs For The Stomach		
DAIRY RELIEF ORAL TABLET 3,000 UNIT, 4,500 UNIT, 9,000 UNIT (lactase)	Nivel 3	
<i>lactase oral tablet 3,000 unit, 9,000 unit</i>	Nivel 3	
PAPAYA DIGESTIVE ENZYME CMPLX ORAL TABLET,CHEWABLE (enzymes,digestive)	Nivel 3	
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML (sacrosidase)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dexlansoprazole oral capsule, biphase delayed release 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(drlec) 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(drlec) 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>lansoprazole oral tablet, disintegrat, delay rel 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole Sodium within the past 120 days
NEXIUM ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG (esomeprazole magnesium)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
NEXIUM ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 40 MG (esomeprazole magnesium)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEXIUM PACKET ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (esomeprazole magnesium)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
NEXIUM PACKET ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 40 MG (esomeprazole magnesium)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
omeprazole oral capsule, delayed release(drlec) 10 mg, 20 mg, 40 mg	Nivel 1	
pantoprazole oral granules dr for susp in packet 40 mg	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Omeprazole Magnesium, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, Prilosec OTC, or Prilosec within the past 120 days
pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg, 40 mg	Nivel 1	
PREVACID ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 MG (lansoprazole)	Nivel 3	
PREVACID SOLUTAB ORAL TABLET, DISINTEGRAT, DELAY REL 15 MG, 30 MG (lansoprazole)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole Sodium within the past 120 days
PRILOSEC ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 10 MG, 2.5 MG (omeprazole magnesium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 120 days

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROTONIX ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 40 MG (pantoprazole sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Omeprazole Magnesium, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, Prilosec OTC, or Prilosec within the past 120 days
PROTONIX ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 MG, 40 MG (pantoprazole sodium)	Nivel 3	
<i>rabeprazole oral capsule, delayed rel sprinkle 10 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Asthma Therapy - Xanthine Mixtures - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>bismuth subcit k-metronidz-tcn oral capsule 140-125-125 mg</i>	Nivel 1	
PYLERA ORAL CAPSULE 140-125-125 MG (colloidal bismuth subcitrate/metronidazole/tetracycline HCl)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREBIOTIC FIBER DIGESTIVE ORAL TABLET,CHEWABLE 1.7 GRAM (inulin)	Nivel 3	
PREBIOTIC FIBER ORAL TABLET,CHEWABLE 2 GRAM (inulin)	Nivel 3	
PREBIOTIC INULIN-FOS ORAL POWDER 3 GRAM/ 3.8GRAM (SCOOP) (fructooligosaccharides/inulin)	Nivel 3	
<i>psyllium husk (with sugar) oral powder 3 gram/7 gram</i>	Nivel 3	
<i>psyllium husk oral capsule 0.4 gram</i>	Nivel 3	
REGULOID (ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 3	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK) ORAL CAPSULE 0.4 GRAM (psyllium husk)	Nivel 3	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK) ORAL POWDER 3 GRAM/5.4 GRAM, 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 3	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM, 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 3	
SMOOTH TEXTURE FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 3	
Fdb Class Undefined - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (eluxadoline)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Gastrointestinal - Agentes Procinéticos - Agonistas De Receptor De 5-Ht4 - Drugs For The Stomach		
MOTEGRITY ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (prucalopride succinate)	Nivel 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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prucalopride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
H.Pylori Therapy-Potassium-Competitive Acid Blocker And Antibiotics - Drugs For The Stomach		
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL COMBO PACK 20 MG (28)-500 MG (84) (vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate)	Nivel 3	PA; QL (112 EA per 14 days)
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL COMBO PACK 20-500-500 MG (vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate/clarithromycin)	Nivel 3	PA; QL (112 EA per 14 days)
Inflammatory Bowel Agent - Interleukin-23 (IL-23) Inhibitor, Mc Ab - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
OMVOH PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 200 MG/2 ML (100 MG/ML X 2), 300MG/3ML(100MG /ML-200 MG/2ML) (mirikizumab-mrkz)	Nivel 4	PA
OMVOH SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML (100 MG/ML X 2), 300MG/3ML(100MG /ML-200 MG/2ML) (mirikizumab-mrkz)	Nivel 4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) (risankizumab-rzaa)	Nivel 4	PA
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 4	PA
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML (guselkumab)	Nivel 4	PA
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 200 MG/2 ML (guselkumab)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Laxantes - Salinios/Mezclas Osmóticas - Drugs To Prevent Constipation		
GAVILYTE-C ORAL RECON SOLN 240-22.72-6.72 -5.84 GRAM (peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride)	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride (Gavilyte-G Oral Recon Soln 236-22.74-6.74 -5.86 Gram)	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
sodium chloride/sodium bicarbonate/potassium chloride/peg (Gavilyte-N Oral Recon Soln 420 Gram)	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
GOLYTELY ORAL RECON SOLN 236-22.74-6.74 -5.86 GRAM (peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride)	Nivel 3	QL (4000 ML per 1 FILL)
MOVIPREP ORAL POWDER IN PACKET 100-7.5-2.691 GRAM (peg 3350/sodium sulfate/sod chloride/KCl/ascorbate sod/vit C)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 FILL)
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c oral powder in packet 100-7.5-2.691 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (1 EA per 1 FILL)
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM (peg 3350/sodium sulfate/sod chloride/KCl/ascorbate sod/vit C)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Clenpiq, generic bowel prep, or Sutab within the past 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 3, FILL OF 2 IN 365 DAYS, TRIAL OF CLENPIQ, SUTAB, OR A GENERIC BOWEL PREP PRODUCT, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (3 EA per 1 FILL)
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 354, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (354 ML per 1 FILL)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUFLAVE ORAL RECON SOLN 178.7-7.3-0.5 GRAM (peg 3350/sodium sulfate,chloride/potassium chlor/magnesium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Clenpiq, generic bowel prep, or Sutab within the past 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 2, FILL OF 2 IN 365 DAYS, TRIAL OF CLENPIQ, SUTAB, OR A GENERIC BOWEL PREP PRODUCT, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (2 EA per 1 FILL)
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM (sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate)	Nivel 3	QL (354 ML per 1 FILL)
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM (sodium sulfate/potassium chloride/magnesium sulfate)	Nivel 2	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 24, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (24 EA per 1 FILL)
Lung Surfactants - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 4	PA
Medical Supplies And Dme - Diabetic Supplies - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
KONVOMEPE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2-84 MG/ML (omeprazole/sodium bicarbonate)	Nivel 3	PA
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral packet 20-1,680 mg, 40-1,680 mg</i>	Nivel 1	PA
Medical Supplies And Dme - Diaphragms - Drugs For Vomiting And Nausea		
BONJESTA ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 20-20 MG (doxylamine succinate/pyridoxine HCl (vitamin B6))	Nivel 3	QL (60 EA per 30 days)
DICLEGIS ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 10-10 MG (doxylamine succinate/pyridoxine HCl (vitamin B6))	Nivel 3	QL (120 EA per 30 days)
<i>doxylamine-pyridoxine (vit b6) oral tablet, delayed release (dr/ec) 10-10 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Irrigation-Type Syringes - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG (lubiprostone)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
AMITIZA ORAL CAPSULE 8 MCG (lubiprostone)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
Mezclas De Enzimas Digestivas - Drugs For The Stomach		
BEVITROL ORAL CAPSULE 9,000-112,500- 112,500 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 3	
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	
GASTRACID ORAL CAPSULE 100-350-300-20 MG (pepsin/glutamic acid/betaine HCl/gentian root extract)	Nivel 3	
PANCREAZE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,500-35,500- 61,500 UNIT, 16,800-56,800- 98,400 UNIT, 2,600-8,800- 15,200 UNIT, 21,000-54,700- 83,900 UNIT, 37,000-97,300- 149,900 UNIT, 4,200-14,200- 24,600 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 3	
PANXYME PH ORAL CAPSULE 10.2-10-45 MG (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 3	
PERTZYE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 16,000-57,500- 60,500 UNIT, 24,000-86,250- 90,750 UNIT, 4,000-14,375- 15,125 UNIT, 8,000-28,750- 30,250 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Zenpep or Creon within the past 120 days

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIOKACE ORAL TABLET 10,440-39,150- 39,150 UNIT, 20,880-78,300- 78,300 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Zenpep or Creon within the past 120 days
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	
Minerals And Electrolytes - Magnesium - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>budesonide oral tablet, delayed and ext. release 9 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Balsalazide within the past 120 days
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i>	Nivel 1	
CORTENEMA RECTAL ENEMA 100 MG/60 ML (hydrocortisone)	Nivel 3	
CORTIFOAM RECTAL FOAM 10 % (80 MG) (hydrocortisone acetate)	Nivel 3	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	Nivel 1	
ORTIKOS ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 6 MG, 9 MG (budesonide)	Nivel 3	PA
UCERIS ORAL TABLET, DELAYED AND EXT. RELEASE 9 MG (budesonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Balsalazide within the past 120 days
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACTUATION (budesonide)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Modificadores De Flora Intestinal - Drugs For Diarrhea		
ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND ORAL CAPSULE 175 MG (Lactobacillus acidophilus,salivarius/B.bifidum/S.thermophil)	Nivel 3	
<i>acidophilus-pectin, citrus oral capsule 7.5 mg (30 mill cell)-100 mg</i>	Nivel 3	
<i>acidophilus-pectin, citrus oral tablet 25 million cell -100 mg</i>	Nivel 3	
ADULT 50 PLUS PROBIOTIC ORAL CAPSULE 4 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.9)	Nivel 3	
ADVANCED PROBIOTIC ORAL CAPSULE 625 MG (10 BILLION CELL) (L.acidophilus/L.casei/L.lactis/L.rhamnosus/B.lactis/B.longum)	Nivel 3	
ALIGN DUALBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MILLION CELL-1.25 GRAM (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 3	
AZO COMPLETE FEMININE BALANCE ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 3	
AZO DUAL PROTECTION ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 15 MG (L.crispatus/L.gasseri/L.jensenii/L.rhamnosus/bacteriophages)	Nivel 3	
AZO VAGINAL HEALTH PROBIOTIC ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 3	
BACICAP ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,paracasei,plantarum/B.animalis)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BACID WITH LACTOSPORE ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL (Bacillus coagulans)	Nivel 3	
BENEFIBER ADVANCED ORAL POWDER IN PACKET 1 BILLION CELL- 4 GRAM (Bacillus coagulans/maltodextrin/guar gum)	Nivel 3	
BENEFIBER DUAL ACTION ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MILLION CELL-1.5 GRAM (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 3	
BENEFIBER DUAL ACTION-THEANINE ORAL POWDER IN PACKET 1 BILLION CELL- 3 GRAM-200 MG (Bacillus coagulans/inulin/theanine)	Nivel 3	
BILAC ORAL CAPSULE 33 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
BIOMEPRO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus casei/L. rhamnosus)	Nivel 3	
BIOMEPRO ORAL LIQUID 100 BILLION CELL/104 ML (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus casei/L. rhamnosus)	Nivel 3	
BIOTINEX ORAL CAPSULE 700 MILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 3	
BIOZEN ORAL CAPSULE 15.5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
CHILD PROBIOTIC DIGEST-IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,salivarius/B.bifidum/S.thermophil)	Nivel 3	
CHILDRENS CHEWABLE PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL (L. acidophilus/L. rhamnosus/B. breve/S. thermophilus)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CHILDREN'S DAILY PROBIOTIC ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	
CHILDREN'S PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (L.acidophilus,casei,rhamnosus/B.breve,longum)	Nivel 3	
CLAIRVEE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL- 400 MCG DFE (L. acidophilus/L. rhamnosus/levomefolate sodium/lactoferrin)	Nivel 3	
CRANBERRY-PROBIOTIC(BLEND)-VITC ORAL TABLET 150 MM CELL- 250 MG-30 MG (L.acidophilus/L.salivar/B.bifidum/S.thermophilus/cranberry/C)	Nivel 3	
CULTURELLE ABDOMINAL SUPP-CMFT ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL- 4 GRAM (Bacillus coagulans/fucosyllactose)	Nivel 3	
CULTURELLE ADVANCED REGULARITY ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei/Lactobacillus rhamnosus)	Nivel 3	
CULTURELLE BABY COLIC-SOOTHING ORAL DROPS 250 MM CELL-10 MCG/5 DROPS (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG/vitamin D3)	Nivel 3	
CULTURELLE BABY DIGESTIVE CALM ORAL DROPS 2 BILLION CELL/5 DROPS (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis (lactis))	Nivel 3	
CULTURELLE BABY HEALTH DEVELOP ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL- 50 MG-300 MG (L. rhamnosus/B. animalis/dha/fucosyllactose/vitamin D3)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CULTURELLE BLOATING GAS ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 285 MG-50 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/enzymes,digestive/ginger/minerals)	Nivel 3	
CULTURELLE DIGESTIVE HEALTH ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL -200 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/inulin)	Nivel 3	
CULTURELLE IMMUNE DEFENSE ORAL TABLET,CHEWABLE 10 BILLION CELL -90 MG-3 MG (L. rhamnosus GG/ascorbic acid/zinc oxide/elderberry fruit)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS 4 IN 1 IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL- 90 MG-20 MCG (L. rhamnosus/ascorbic acid/vitamin D3/zinc oxide/elderberry)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS GROW-THRIVE ORAL POWDER IN PACKET 3.5 BILLION CELL-1 GRAM (Lactobacillus rhamnosus/Bifidobac animalis/fucosyllactose/D3)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1 GRAM (Bacillus subtilis/inulin)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS IMMUNE DEFENSE ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL- 90 MG-1.88 MG (L. rhamnosus GG/ascorbic acid/zinc oxide/elderberry fruit)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS PROBIO-FIBER ORAL POWDER IN PACKET 2.5 BILLION CELL-3.5 GRAM (Lactobacillus rhamnosus GG/fiber)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS PROBIOT-FIBER ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS PROBIOTICS ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CULTURELLE KIDS PROBIOTICS ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	
CULTURELLE MEN'S DAILY HEALTH ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL -90 MG (L. rhamnosus/vit C/vit D3/vit B6/vit B12/magnesium ox/selen)	Nivel 3	
CULTURELLE METABOLISM-WT MGMT ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL -1.7 MG-2.4 MCG (Lactobacillus rhamnosus/Bifido animalis/vit B6/vit B12)	Nivel 3	
CULTURELLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 15 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	
CULTURELLE PROBIOTIC-PREBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 3	
CULTURELLE SLIMBIOTICS ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL -1.7 MG-2.4 MCG (Lactobacillus fermentum/Lactobacillus rhamnosus/vit B6/B12)	Nivel 3	
CULTURELLE WOMEN'S 4-IN-1 ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL -15 MG (L.crispatus/L.gasseri/L.jensenii/L.rhamnosus/bacteriophages)	Nivel 3	
CULTURELLE WOMEN'S WELLNESS ORAL TABLET,CHEWABLE 12 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 3	
DAILY PROBIOTIC (4 STRAINS) ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus paracasei,rhamnosus/B.animalis/ascorbic acid)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DAILY PROBIOTIC (B.INFANTIS) ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,rhamnosus/Bifido infantis,longum)	Nivel 3	
DAILY PROBIOTIC (S. BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 3	
DERMACINRX LACTEROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
DERMACINRX PROBINATE ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
DERMACINRX PROBISOL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
DERMACINRX PROBITRAN ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
DERMACINRX PROBITROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
DERMACINRX PROMEROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
DIGEST ADV PROBIO PLUS GAS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Bacillus coagulans/digestive enzymes combination no.10)	Nivel 3	
DIGEST PROBIOTIC (S.BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 3	
DIGESTIVE ADVANTAGE IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MILLION CELL (Bacillus coagulans)	Nivel 3	
DIGESTIVE ADVANTAGE INTENS BOW ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL- 30,000 UNIT (Bacillus coagulans/protease/amylase/lipase)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLORASTOR ADVANCED ORAL CAPSULE 250-62.5-30 MG (S.boulardii/enzymes/ginger/peppermint leaf/fennel)	Nivel 3	
FLORASTOR DIGEST-METABOLIC ORAL TABLET,CHEWABLE 500MILLION CELL -1 GRAM-125 MCG (Bacillus coagulans/inulin/cyanocobalamin)	Nivel 3	
FLORASTOR WOMAN'S PROBIOTIC ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -200 MG (L.acidophilus/L.paracasei/L.rhamnosus/theanine)	Nivel 3	
FLORASTOR BABY ORAL POWDER IN PACKET 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 3	
FLORASTOR KIDS ORAL POWDER IN PACKET 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 3	
FLORASTOR SELECT GUT BOOST ORAL CAPSULE 250-300 MG (Saccharomyces boulardii/inulin)	Nivel 3	
FLORASTOR SELECT IMMUNITY BOOST ORAL CAPSULE 250 MG-60 MG- 10 MCG-10 MG (Saccharomyces boulardii/vitamin C/vitamin D3/zinc gluconate)	Nivel 3	
FLORATUMMYS QUICK DISSOLVE ORAL TABLET, EFFERVESCENT 2 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Bifidobacterium infantis/FOS)	Nivel 3	
FORTIFY OPT ADV (L. SALIVARUS) ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 100 BILLION CELL-75 MG (Lactobacillus no.83/Bifido animal,bifid,infant/inulin/acacia)	Nivel 3	
FORTIFY OPTIMA PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 35 BILLION CELL -75 MG (Lactobac no.108/B.animal,bifid,infant/S.therm/inulin/acacia)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JARRO-DOPHILUS ALLERGEN FREE ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (L.acidoph,paracasei,plantarum,rhamn/B.animalis,breve)	Nivel 3	
JARRO-DOPHILUS BABY ORAL POWDER 3 BILLION CELL- 600 MG/GRAM (Lactobacillus casei/L. rhamnosus/Bifido no.4/GOS)	Nivel 3	
JARRO-DOPHILUS EPS ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 25 BILLION CELL, 5 BILLION CELL (Lactobac no.19/Bifidobac breve,longum/Lactoc lactis/P. acidi)	Nivel 3	
JARRO-DOPHILUS PLUS FOS ORAL CAPSULE 3.4 BILLION CELL-210 MG (Lactobacillus no.33/Bifido animalis,longum/FOS/inulin)	Nivel 3	
JARRO-DOPHILUS WOMEN ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10 BILLION CELL, 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 3	
<i>L. acidophilus-b. coagulans oral tablet 35 million- 25 million cell</i>	Nivel 3	
LACTEOL DIARRHEASE KIDS ORAL POWDER IN PACKET 10 BILLION CELL (Lactobacillus fermentum/Lactobacillus lactis)	Nivel 3	
LACTEOL DIARRHEASE ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus fermentum/Lactobacillus lactis)	Nivel 3	
<i>lactobacillus acidophilus oral capsule 500 million cell</i>	Nivel 3	
<i>lactobacillus acidophilus oral tablet 0.5 mg (100 million cell)</i>	Nivel 3	
<i>lactobacillus acidophilus oral tablet 1 billion cell</i>	Nivel 3	
<i>lactobacillus acidoph-I.bulgar oral tablet 1 million cell</i>	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LACTOVIVE ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
MAGE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 15 BILLION CELL -15 MG (L. acidoph, rhamn/Bifido animalis/B. subtilis/bacteriophages)	Nivel 3	
MVW COMPLETE FORM PROBIOT MINI ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 BILLION CELL -15 MG (Lactobacil/Bifidobac/S.boulard/B.subtil/S.therm/bacteriophag)	Nivel 3	
MVW COMPLETE FORMUL PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 BILLION CELL -7.5 MG (Lactobacil/Bifidobac/S.boulard/B.subtil/S.therm/bacteriophag)	Nivel 3	
NEWFLORA ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 3	
NUGUT BOWEL SUPPORT PROBIOTIC ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus plantarum)	Nivel 3	
OMNI-BIOTIC AB-10 ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (L.acid, parac, plant, rhamn, saliv-B.anim, bifid, long-E.faecium)	Nivel 3	
OMNI-BIOTIC BALANCE ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL (L.acidoph, casei, salivar/B.animalis/Lactococ.lactis/E.faecium)	Nivel 3	
OMNI-BIOTIC HETOX ORAL POWDER IN PACKET 15 BILLION CELL (L.acidophil, brevis, casei, sal/B.anim, bifid/Lactococcus lactis)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNI-BIOTIC PANDA ORAL POWDER IN PACKET 3 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis, bifidum/Lactococcus lactis)	Nivel 3	
OMNI-BIOTIC STRESS RELEASE ORAL POWDER IN PACKET 7.5 BILLION CELL (L.acido,casei,para,plant,sali/B.anim,bif/Lactococcus lactis)	Nivel 3	
ONE-A-DAY TRUBIOTICS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
PREBIOMAX ORAL TABLET,CHEWABLE 1.4 GRAM (xylooligosaccharides)	Nivel 3	
PRIMADOPHILUS BIFIDUS ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,rhamnosus/Bifidobact.breve,longum)	Nivel 3	
PRIMADOPHILUS ORIGINAL ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	
PRIMIDAR ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
PROBACAP ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 3	
PROBICHEW ORAL TABLET,CHEWABLE 21 BILLION CELL - 1 GRAM (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 3	
PROBIO DEFENSE ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL- 2 MG-12.5 MCG (L. helveticus,rhamnosus/B. longum/zinc yeast/selenium yeast)	Nivel 3	
PROBIOFLEXX ORAL CAPSULE 500 MG (Lacto99/B.bifidum/L.lactis/S.boul/S.therm/B.coag/enzyme/herb)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOMAX 350 DF ORAL POWDER IN PACKET 350 BILLION CELL (Lacto no.89/Bifido no.9/L.lactis/S.thermophilus)	Nivel 3	
PROBIOMAX COMPLETE DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 45 BILLION CELL (Lacto no.89/Bifido no.9/L.lactis/S.thermophilus)	Nivel 3	
PROBIOMAX DAILY DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,plantarum/Bifido animalis,longum)	Nivel 3	
PROBIOMAX DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 100 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,plantarum/Bifido animalis,longum)	Nivel 3	
PROBIOMAX IG 26 DF ORAL CAPSULE 500 MILLION CELL-500 MG (Bacillus coagulans/hyperimmune egg)	Nivel 3	
PROBIOMAX LEAN DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
PROBIOMAX PLUS DF ORAL POWDER IN PACKET 40 BILLION CELL -1.5 GRAM (L.acidophilus,plantarum/B.animalis,longum/S.boulardii/larch)	Nivel 3	
PROBIOMAX SB DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 35 BILLION CELL (L.acidophilus/L.plantarum/B.animalis/B.longum/S.boulardii)	Nivel 3	
PROBIOMAX SERENITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 17.5 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOTIC DIGEST(L.RHAM,INULN) ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL -200 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/inulin)	Nivel 3	
PROBIOTIC DIGEST(LACTO,BIFIDO) ORAL CAPSULE 1.5 BILLION CELL (L.acidophilus/L.gasseri/L.rhamnosus/B.bifidum/B.longum)	Nivel 3	
PROBIOTIC FORMULA (INULIN) ORAL CAPSULE 1 BILLION-250 CELL-MG (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 3	
PROBIOTIC ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.10)	Nivel 3	
PROBIOTIC ORAL CAPSULE 3 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.4)	Nivel 3	
PROBIOTIC PEARLS ACIDOPHILUS ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium longum)	Nivel 3	
PROBIOTIC PEARLS COMPLETE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.13)	Nivel 3	
PROBIOTIC PEARLS WOMEN'S ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobac acidophilus/Lactobac plantarum/Lactobac rhamnosus)	Nivel 3	
PROBIOTIC-10 ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (L.acid,brev,bulg,casei,parac,plant,saliv/Bifidobac animalis)	Nivel 3	
PROBIOTIC-IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 45 MG-25 MCG (Bacillus coagulans,subtilis/vitamin C/vit D3/zinc gluconate)	Nivel 3	
PROBIZEN ORAL CAPSULE 32 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUBIOTICS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5BILLION CELL -7.5 MCG-1.8 G (Bacillus subtilis/cholecalciferol (vit D3)/inulin)	Nivel 3	
TRUBIOTICS KIDS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 6 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis (lactis))	Nivel 3	
TRUBIOTICS KIDS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1.8 GRAM (Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 3	
TRUBIOTICS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 20 MCG (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis/vit D2)	Nivel 3	
UP4 PROBIOTICS MEN'S ORAL CAPSULE 50 BILLION CELL -90 MG-30 MCG (Lactobac no.21/Bifidobac no.7/vit C/vit D3/vit B6/vit B12)	Nivel 3	
UP4 PROBIOTICS PLUS PREBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 3	
UP4 PROBIOTICS ULTRA ORAL CAPSULE 50 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.51/Bifidobacterium combo no.4)	Nivel 3	
UP4 PROBIOTICS WOMEN'S ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 250 MG (L.acidophilus/L.gasseri/L.plant/L.rham/B.animalis/cranberry)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UP4 PROBIOTICS-PREBIOTICS KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 3	
WELLPRO-31 ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
XYBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL -1,000 MCG-25MG (L. acidophilus/Bacillus coagulans/folic acid/inulin)	Nivel 3	
YUM-YUM DOPHILUS ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 BILLION CELL-50 MG, 500 MILLION CELL-50 MG (L.acidophilus,plantarum/B.animalis,breve/FOS/inulin)	Nivel 3	
Non-Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongest-Analgesic Combinations - Drugs To Prevent Constipation		
<i>cascara sagrada oral tablet 450 mg</i>	Nivel 3	
<i>senna leaf oral capsule 450 mg</i>	Nivel 3	
SENOKOT KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 8.7 MG (senna leaf extract)	Nivel 3	
SENOKOT ORAL TABLET,CHEWABLE 8.7 MG (senna leaf extract)	Nivel 3	
SENOKOT-CHAMOMILE ORAL TEA 1,400 MG- 1,100 MG (senna leaf/herbal complex no.324)	Nivel 3	
Non-Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongestant Combinations - Drugs To Prevent Constipation		
lactulose (Constulose Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GOPRELTO NASAL SOLUTION 4 % (cocaine HCl)	Nivel 3	
NUMBRINO NASAL SOLUTION 4 % (cocaine HCl)	Nivel 1	
Angiotensin II Receptor Blocker (ARB)-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
promethazine HCl (Phenergan Injection Solution 25 Mg/ML, 50 Mg/ML)	Nivel 3	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
Antianxiety Agent - Antihistamine Type - Allergy		
<i>azelastine-fluticasone nasal spray, non-aerosol 137-50 mcg/spray</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Flunisolide (nasal formulation) or Fluticasone within the past 120 days; QL (23 GM per 30 days)
DYMISTA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 137-50 MCG/SPRAY (azelastine HCl/fluticasone propionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Flunisolide (nasal formulation) or Fluticasone within the past 120 days; QL (23 GM per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RYALTRIS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 665-25 MCG/SPRAY (olopatadine HCl/mometasone furoate)	Nivel 3	QL (29 GM per 30 days)
Antibacterial Adjuvants - Drugs For Cystic Fibrosis		
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG (ivacaftor)	Nivel 4	PA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG (ivacaftor)	Nivel 4	PA
Antibacterial Nitrofurantoin Derivatives And Combinations - Drugs For Asthma/COPD		
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION (olodaterol HCl)	Nivel 2	QL (4 GM per 30 days)
Antihistamínico De 1ª Generación- Combinaciones De Descongestionantes - Drugs For Cough And Cold		
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup 6.25-5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Antihistamínico De 1ª Generación- Descongestionante-Combinaciones De Anticolinérgicos - Drugs For Cough And Cold		
RESPA-AR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-90-0.24 MG (pseudoephedrine HCl/chlorpheniramine maleate/bellad alk)	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihistamínico De 2Da Generación- Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 12 HR 2.5-120 MG (desloratadine/pseudoephedrine sulfate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
Antihistamínicos - 1Era Generación - Drugs For Allergies		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral suspension, extended rel 12 hr 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for immediate release Carbinoxamine Maleate oral solution within the past 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Carbinoxamine 4mg tablets and IR solution within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 2 Years)
carbinoxamine maleate (Carbzah Oral Liquid 4 Mg/5 MI)	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>clemastine oral syrup 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Nivel 1	
clemastine fumarate (Clemasz Oral Tablet 2.68 Mg)	Nivel 1	
clemastine fumarate (Clemsza Oral Tablet 2.68 Mg)	Nivel 1	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>dexchlorpheniramine maleate oral solution 2 mg/5 ml</i>	Nivel 3	QL (236 ML per 1 FILL)
diphenhydramine HCl (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 MI)	Nivel 1	
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (carbinoxamine maleate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for immediate release Carbinoxamine Maleate oral solution within the past 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
promethazine HCl (Phenergan Injection Solution 25 Mg/ML, 50 Mg/ML)	Nivel 3	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
Antihistamínicos - 2Da Generación - Piperazinas - Drugs For Allergies		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
Antihistamínicos - 2Da Generación - Piperidinas - Drugs For Allergies		
CLARINEX ORAL TABLET 5 MG (desloratadine)	Nivel 3	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
Antihyperlipidemic Agents Other - Drugs For Allergies		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
Antiparkinson Therapy - Dopamine Precursors - Drugs For The Lungs		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Nivel 4	PA
Antiprotozoal-Antibacterial - Nitroimidazole-Antiamebic Combinations - Drugs For Asthma/Copd		
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION (ipratropium bromide)	Nivel 2	QL (25.8 GM per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	Nivel 1	
Antiprotazoal-Antibacterial - Nitroimidazole-Anticholinergic Comb - Drugs For Asthma/Copd		
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION (umeclidinium bromide)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION (tiotropium bromide)	Nivel 2	QL (4 GM per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG (tiotropium bromide)	Nivel 3	QL (30 EA per 30 days)
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 400 MCG/ACTUATION (aclidinium bromide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Spiriva Respimat or Incruse Ellipta within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
YUPELRI INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 175 MCG/3 ML (revefenacin)	Nivel 3	QL (90 ML per 30 days)
Antipsychotic - Atypical Dopamine-Serotonin Antag- Benzisoxazole Deriv - Drugs For The Lungs		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG (pirfenidone)	Nivel 4	PA
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG (pirfenidone)	Nivel 4	PA
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	Nivel 4	PA
Antitusivo No-Opioide-Antihistamínico De 1Era Gen-Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold		
brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/dextromethorphan (Bromfed Dm Oral Syrup 2-30-10 Mg/5 MI)	Nivel 1	
<i>brompheniramine-pseudoeph-dm oral syrup 2-30-10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Antitusivo No-Opioide-Combinaciones De Antihistamínicos - Drugs For Cough And Cold		
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5 ml</i>	Nivel 3	
Antitussives - Drugs For Asthma/Copd		
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (ciclesonide)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Asmanex, Qvar, or Arnuity Ellipta within the past 365 days; QL (12.2 GM per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (fluticasone furoate)	Nivel 3	QL (30 EA per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (mometasone furoate)	Nivel 2	QL (13 GM per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (120), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60) (mometasone furoate)	Nivel 2	QL (1 EA per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 100 mcg/actuation, 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 250 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (12 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (24 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (21.2 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION, 90 MCG/ACTUATION (budesonide)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Asmanex, Qvar, or Arnuity Ellipta within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
PULMICORT INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML, 1 MG/2 ML (budesonide)	Nivel 3	QL (120 ML per 30 days)
QVAR REDHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Nivel 2	QL (21.2 GM per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antitussives - Non-Opioid - Drugs For Asthma/Copd		
<i>zileuton oral tablet, er multiphase 12 hr 600 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Montelukast and Zafirlukast within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
ZYFLO ORAL TABLET 600 MG (zileuton)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Montelukast and Zafirlukast within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day)
Asma/Copd - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 (Pde4) - Drugs For Asthma/Copd		
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG (roflumilast)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Asma/Copd Tx - Comb Adrenérgico Beta-Anticolinérgicos-Glucocorticoide - Drugs For Cystic Fibrosis		
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION (budesonide/glycopyrrolate/formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (10.7 GM per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG (fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Asthma Therapy - Thymic Stromal Lymphopoietin Inhibitor, Mab - Drugs For Asthma/Copd		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) (tezepelumab-ekko)	Nivel 4	PA
Beta Blocker-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral suspension, extended rel 12 hr 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for immediate release Carbinoxamine Maleate oral solution within the past 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Carbinoxamine 4mg tablets and IR solution within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 2 Years)
carbinoxamine maleate (Carbzah Oral Liquid 4 Mg/5 ML)	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>clemastine oral syrup 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Nivel 1	
clemastine fumarate (Clemasz Oral Tablet 2.68 Mg)	Nivel 1	
clemastine fumarate (Clemsza Oral Tablet 2.68 Mg)	Nivel 1	
diphenhydramine HCl (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 ML)	Nivel 1	
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (carbinoxamine maleate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for immediate release Carbinoxamine Maleate oral solution within the past 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
Central Alpha-2 Agonists-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
<i>ciproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>ciproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	
Combinación Antitusivo Opiode-Antihistamínico De 1era Generación-Comb. De Descongestivo - Drugs For Cough And Cold		
HISTEX-AC ORAL SYRUP 2.5-10-10 MG/5 ML (triprolidine HCl/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
MAR-COF BP ORAL LIQUID 2-30-7.5 MG/5 ML (brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/codeine phosphate)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
MAXI-TUSS CD ORAL LIQUID 4-10-10 MG/5 ML (chlorpheniramine maleate/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID 4-10-10 MG/5 ML (brompheniramine maleate/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
RYDEX ORAL LIQUID 1.3-10-6.3 MG/5 ML (brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/codeine phosphat)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
Combinaciones Antitusivo Opiode-Anticolinérgico - Drugs For Cough And Cold		
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) ORAL TABLET 5-1.5 MG (hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide)	Nivel 3	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>hydrocodone-homatropine oral solution 5-1.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>hydrocodone-homatropine oral tablet 5-1.5 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide (Hydromet Oral Solution 5-1.5 Mg/5 MI)	Nivel 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
Combinaciones Antitusivo Opiode-Descongestivo-Expectorante - Drugs For Cough And Cold		
CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID 30-10-200 MG/5 ML (pseudoephedrine HCl/codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
GUAIFENESIN DAC ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5 ML (pseudoephedrine HCl/codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
Combinaciones Antitusivo Opiode-Expectorante - Drugs For Cough And Cold		
<i>codeine-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 12 Years)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CODITUSSIN AC ORAL LIQUID 10-200 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
G TUSSIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
GUAIFENESIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
MAR-COF CG ORAL LIQUID 7.5-225 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
MAXI-TUSS AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 8-200 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
Combinaciones De Lavados Nasales - Allergy		
ALKALOL NASAL WASH NASAL SOLUTION (menthol/eucal/thymol/camphor/benz/sod chloride/pot chlorate)	Nivel 3	
Diuretic - Miscellaneous - Allergy		
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %), 42 mcg (0.06 %)</i>	Nivel 1	
Diuretic - Miscellaneous And Potassium Combinations - Allergy		
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)</i>	Nivel 1	
<i>olopatadine nasal spray, non-aerosol 0.6 %</i>	Nivel 1	
Diuretic - Osmotic - Allergy		
<i>flunisolide nasal spray, non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	Nivel 1	QL (25 ML per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluticasone propionate nasal spray, suspension 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
<i>mometasone nasal spray, non-aerosol 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
OMNARIS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 50 MCG (ciclesonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (5 GM per 12 days)
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 40 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for nasal Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (6.8 GM per 30 days)
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for nasal Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (10.6 GM per 30 days)
TICANASE NASAL KIT, SPRAY SUSPENSION AND SPRAY 50 MCG- 0.9 % (fluticasone propionate/sodium chloride/sodium bicarbonate)	Nivel 3	
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one of the following intranasal corticosteroids: Flunisolide, Fluticasone Propionate, or Mometasone within the past 120 days; QL (32 ML per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZETONNA NASAL HFA AEROSOL INHALER 37 MCG/ACTUATION (ciclesonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (6.1 GM per 30 days)
Expectorants - Single Agents, General - Drugs For Asthma/Copd		
ACCOLATE ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (zafirlukast)	Nivel 3	
montelukast oral granules in packet 4 mg	Nivel 1	
montelukast oral tablet 10 mg	Nivel 1	
montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg	Nivel 1	
SINGULAIR ORAL GRANULES IN PACKET 4 MG (montelukast sodium)	Nivel 3	
SINGULAIR ORAL TABLET 10 MG (montelukast sodium)	Nivel 3	
SINGULAIR ORAL TABLET, CHEWABLE 4 MG, 5 MG (montelukast sodium)	Nivel 3	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	Nivel 1	
Fibrosis Quística - Aminoglicósidos Inhalados - Drugs For Cystic Fibrosis		
BETHKIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/4 ML (tobramycin)	Nivel 4	
KITABIS PAK INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/5 ML (tobramycin/nebulizer)	Nivel 2	
TOBI INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/5 ML (tobramycin in 0.225 % sodium chloride)	Nivel 2	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG (tobramycin)	Nivel 2	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	Nivel 1	
<i>levalbuterol tartrate inhalation hfa aerosol inhaler 45 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Albuterol Sulfate 90mcg HFA inhaler within the past 120 days
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Albuterol Sulfate 90mcg HFA inhaler within the past 120 days
XOPENEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 45 MCG/ACTUATION (levalbuterol tartrate)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Peritoneal Dialysis Devices - Drugs For Cough And Cold		
<i>hydrocodone-chlorpheniramine oral suspension, extended rel 12 hr 10-8 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-54.3 MG (chlorpheniramine maleate/codeine phosphate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Promethazine/Codeine within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
Nasal Decongestant Combinations Other - Drugs For Asthma/Copd		
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
Nasal Mast Cell Stabilizer-Antihistamine Combinations - Drugs For Asthma/Copd		
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Nasal Preparations - Nicotinic Receptor Partial Agonist - Drugs For The Nose		
TYRVAYA NASAL SPRAY, METERED, NON-AEROSOL 0.03 MG/SPRAY (varenicline tartrate)	Nivel 2	PA
Non-Opioid Antitussive-1st Generation Antihistamine-Analgesic Comb. - Drugs For Asthma/Copd		
ARALAST NP INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 500 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 4	PA
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (2 %) (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 4	PA
ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 4,000 MG, 5,000 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 4	PA
Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongestant-Analgesic Combinations - Drugs For The Lungs		
CUROSURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 120 MG/1.5 ML, 240 MG/3 ML (poractant alfa)	Nivel 3	
INFASURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 35 MG/ML (calfactant)	Nivel 3	
SURVANTA INTRATRACHEAL SUSPENSION 25 MG/ML (beractant)	Nivel 3	
Peripheral Alpha-1 Receptor Blocker-Diuretic Combination - Drugs For Allergies		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
CLARINEX ORAL TABLET 5 MG (desloratadine)	Nivel 3	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levocetirizine oral tablet 5 mg	Nivel 1	
Peripheral Vasodilators - Drugs For The Lungs		
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	Nivel 1	
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML (dornase alfa)	Nivel 4	PA
Terapia De Asma - Agentes Adrenérgicos Alfa/Beta - Drugs For Asthma/Copd		
epinephrine injection syringe 0.1 mg/ml	Nivel 1	
Terapia De Asma - Antagonistas Alfa De Receptores De Interleucinas-4 (Il-4), Mab - Drugs For Asthma/Copd		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 4	PA
Terapia De Asma - Antagonistas Alfa De Receptores De Interleucinas-5 (Il-5), Mab - Drugs For Asthma/Copd		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML (benralizumab)	Nivel 4	PA
Terapia De Asma - Anticuerpos Monoclonales - Antagonistas De Interleucinas-5 (Il-5) - Drugs For Asthma/Copd		
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (mepolizumab)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML (mepolizumab)	Nivel 4	PA
Terapia De Asma - Anticuerpos Monoclonales Para Inmunoglobina E (Ige) - Drugs For Asthma/Copd		
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML (omalizumab)	Nivel 4	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML (omalizumab)	Nivel 4	PA
Terapia De Asma - Xantinas - Drugs For Asthma/Copd		
theophylline anhydrous (Elixophyllin Oral Elixir 80 Mg/15 Ml)	Nivel 1	
THEO-24 ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG (theophylline anhydrous)	Nivel 2	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
Terapia De Asma/Copd - Combinaciones Adrenérgico Beta-Anticolinérgico - Drugs For Asthma/Copd		
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 9-4.8 MCG (glycopyrrolate/formoterol fumarate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Anoro Ellipta and Stiolto Respimat within the past 365 days; QL (10.7 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION (ipratropium bromide/albuterol sulfate)	Nivel 2	
DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 400-12 MCG/ACTUATION (aclidinium bromide/formoterol fumarate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Anoro Ellipta and Stiolto Respimat within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	Nivel 1	
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION (tiotropium bromide/olodaterol HCl)	Nivel 2	QL (4 GM per 30 days)
Terapia De Asma/Copd - Combinaciones Adrenérgico Beta-Glucocorticoide - Drugs For Asthma/Copd		
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Nivel 3	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Nivel 2	QL (12 GM per 30 days)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AIRDUO RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 113-14 MCG/ACTUATION, 232-14 MCG/ACTUATION, 55-14 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Nivel 3	QL (1 EA per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate/budesonide)	Nivel 2	QL (32.1 GM per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate/vilanterol trifenate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
budesonide/formoterol fumarate (Breyna Inhalation Hfa Aerosol Inhaler 160-4.5 Mcg/Actuation, 80-4.5 Mcg/Actuation)	Nivel 1	QL (30.9 GM per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (30.9 GM per 30 days)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100-5 MCG/ACTUATION, 50-5 MCG/ACTUATION (mometasone furoate/formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (39 GM per 30 days)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200-5 MCG/ACTUATION (mometasone furoate/formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (13 GM per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powdr breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION (budesonide/formoterol fumarate)	Nivel 3	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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
fluticasone propionate/salmeterol xinafoate (Wixela Inhub Inhalation Blister With Device 100-50 Mcg/Dose, 250-50 Mcg/Dose, 500-50 Mcg/Dose)	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar		
Agents To Treat Cerebrotendinous Xanthomatosis (Ctx)		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Nivel 4	PA
CTEXLI ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Nivel 4	PA
Non-Alcoholic Steatohepatitis (Nash) Agents - Thr-Beta Agonist		
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG (resmetirom)	Nivel 4	PA
Peroxisome Proliferator-Activated Receptor (Ppar) Agonist		
IQIRVO ORAL TABLET 80 MG (elafibranor)	Nivel 4	PA
LIVDELZI ORAL CAPSULE 10 MG (seladelpar lysine)	Nivel 4	PA
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver		
Agonista De Receptor De Farnesoide X (Fxr), Análogo De Ácido Biliar - Drugs For The Liver		
OALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (obeticholic acid)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Ileal Bile Acid Transporter (Ibat) Inhibitor - Drugs For The Liver		
BYLVAY ORAL CAPSULE 1,200 MCG, 400 MCG (odevixibat)	Nivel 4	PA
BYLVAY ORAL PELLETT 200 MCG, 600 MCG (odevixibat)	Nivel 4	PA
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML, 9.5 MG/ML (maralixibat chloride)	Nivel 4	PA
LIVMARLI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG (maralixibat chloride)	Nivel 4	PA
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos		
Analgesic - Opioid Antagonists		
LOTREXONE ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (naltrexone HCl)	Nivel 3	
NALTREX ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (naltrexone HCl)	Nivel 3	
Analgesic - Selective Sodium Channel Blockers		
JOURNAVX ORAL TABLET 50 MG (suzetrigine)	Nivel 3	PA
Anti-Inflammatory - Antimitotics		
LODOCO ORAL TABLET 0.5 MG (colchicine)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 4	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Nivel 2	
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Nivel 2	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Nivel 2	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 1	
<i>fentanyl citrate buccal tablet, effervescent 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	Nivel 3	
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 37.5 mcg/hour, 62.5 mcg/hour, 87.5 mcg/hour</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>hydrocodone bitartrate oral capsule, oral only, er 12hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>hydrocodone bitartrate oral tablet, oral only, ext. rel. 24 hr 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)
<i>hydromorphone (pf) injection syringe 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone (pf)-0.9 % nacl intravenous pt controlled analgesia syring 30 mg/30 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>methadone oral tablet, soluble 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
METHADOSE ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML (methadone HCl)	Nivel 3	QL (4 ML per 1 day)
methadone HCl (Methadose Oral Tablet, Soluble 40 Mg)	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>morphine (pf) intravenous syringe 1 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine intramuscular pen injector 10 mg/0.7 ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 120 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)
<i>morphine oral capsule, extend.release pellets 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (oxycodone HCl)	Nivel 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 80 MG (oxycodone HCl)	Nivel 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)
QDOLO ORAL SOLUTION 5 MG/ML (tramadol HCl)	Nivel 3	
ROXICODONE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (oxycodone HCl)	Nivel 3	
ROXYBOND ORAL TABLET, ORAL ONLY 10 MG, 15 MG, 30 MG, 5 MG (oxycodone HCl)	Nivel 3	
<i>tramadol oral capsule,er biphase 24 hr 17-83 300 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral capsule,er biphase 24 hr 25-75 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>tramadol oral tablet 100 mg</i>	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet 25 mg, 75 mg</i>	Nivel 3	
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG (oxycodone myristate)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (8 EA per 1 day)
Analgésico De Opioide Dihidrocodeína, Analgésico No-Salicilato, Xantina - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-caff-dihydrocod oral capsule 320.5-30-16 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Acetaminophen/Codeine tablets within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Analgésico De Opioide Hidrocodona Y Combinaciones No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
APADAZ ORAL TABLET 4.08-325 MG, 6.12-325 MG, 8.16-325 MG (benzhydrocodone HCl/acetaminophen)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Norco (Hydrocodone/Acetaminophen) tablets within the past 120 days; QL (12 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Norco (Hydrocodone/Acetaminophen) tablets within the past 120 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (200 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml</i>	Nivel 3	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	Nivel 3	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 1	QL (13 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
Analgesico 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>	Nivel 1	
Analgesico 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>	Nivel 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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
oxycodone HCl/acetaminophen (Nalocet Oral Tablet 2.5-300 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/5 ml</i>	Nivel 3	QL (66 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (61 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-300 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Percocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Solution 10-300 Mg/5 MI)	Nivel 3	QL (66 ML per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
Analgésico De Opioide Tramadol Y Combinaciones No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Analgésico De Opioide Tramadol Y Combinaciones Nsaid - Arthritis And Pain Drugs		
SEGLENTIS ORAL TABLET 44-56 MG (tramadol HCl/celecoxib)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésico Nsaid Y Combinación De Analgésico No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
COMBOGESIC ORAL TABLET 97.5-325 MG (ibuprofen/acetaminophen)	Nivel 3	
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Análogos De Prostaglandina - Arthritis And Pain Drugs		
ARTHROTEC 50 ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 50-200 MG-MCG (diclofenac sodium/misoprostol)	Nivel 3	
ARTHROTEC 75 ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 75-200 MG-MCG (diclofenac sodium/misoprostol)	Nivel 3	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	Nivel 1	
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Antagonista De Receptor De Histamina H2 - Arthritis And Pain Drugs		
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic prescription strength Ibuprofen 400, 600, or 800mg within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Inhibidor De Bomba De Protones - Arthritis And Pain Drugs		
<i>naproxen-esomeprazole oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 375-20 mg, 500-20 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Naproxen within the past 120 days
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Irritante Tópico Y Antiirritante - Arthritis And Pain Drugs		
INFLAMMACIN KIT 75 MG- 0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
INFLATHERM(DICLOFENAC-MENTHOL) KIT, GEL AND TABLET DELAY REL 75 MG-3 %- 3 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Nivel 3	
NAPROTIN KIT 500 MG- 0.025 % (naproxen/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
Analgésico Nsaid, Inhibidores Selectivos De Ciclooxygenasa-2 (Cox-2) - Arthritis And Pain Drugs		
CELEBREX ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 400 MG, 50 MG (celecoxib)	Nivel 3	
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos De Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
ADULT ASPIRIN REGIMEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	Nivel 0	
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	Nivel 0	
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	Nivel 0	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (aspirin)	Nivel 0	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Nivel 0	
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
DISALCID ORAL TABLET 500 MG, 750 MG (salsalate)	Nivel 3	
DOLOBID ORAL TABLET 250 MG, 375 MG (diflunisal)	Nivel 3	
DURLAZA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 162.5 MG (aspirin)	Nivel 3	PA
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Nivel 0	
<i>salsalate oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Antranílico - Arthritis And Pain Drugs		
<i>meclofenamate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Fenilacético - Arthritis And Pain Drugs		
<i>diclofenac potassium oral capsule 25 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Diclofenac Sodium within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 3	
<i>diclofenac potassium oral tablet 25 mg</i>	Nivel 3	QL (8 EA per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac submicronized oral capsule 35 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Diclofenac Sodium within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
diclofenac potassium (Lofena Oral Tablet 25 Mg)	Nivel 3	QL (8 EA per 1 day)
TRESNI RECTAL SUPPOSITORY 100 MG (diclofenac sodium)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZORVOLEX ORAL CAPSULE 18 MG, 35 MG (diclofenac submicronized)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Diclofenac Sodium within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Propiónico - Arthritis And Pain Drugs		
ANAPROX DS ORAL TABLET 550 MG (naproxen sodium)	Nivel 3	
COXANTO ORAL CAPSULE 300 MG (oxaprozin)	Nivel 3	
DAYPRO ORAL TABLET 600 MG (oxaprozin)	Nivel 3	
EC-NAPROSYN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 375 MG, 500 MG (naproxen)	Nivel 3	
EC-NAPROXEN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 375 MG, 500 MG (naproxen)	Nivel 1	
<i>fenoprofen oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 3	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i>	Nivel 3	
FENOPRON ORAL CAPSULE 300 MG (fenoprofen calcium)	Nivel 3	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
ibuprofen (Ibu Oral Tablet 400 Mg, 600 Mg, 800 Mg)	Nivel 1	
IBUPAK ORAL KIT 600 MG (ibuprofen/glycerin)	Nivel 3	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>ibuprofen oral tablet 300 mg</i>	Nivel 3	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ketoprofen (Kiprofen Oral Capsule 25 Mg)	Nivel 1	
flurbiprofen (Lurbipr Oral Tablet 100 Mg)	Nivel 1	
flurbiprofen (Lurbiro Oral Tablet 100 Mg)	Nivel 1	
NAPROSYN ORAL TABLET 500 MG (naproxen)	Nivel 3	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 3	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 375 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	Nivel 1	
<i>naproxen sodium oral tablet, er multiphase 24 hr 375 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 3	
<i>oxaprozin oral capsule 300 mg</i>	Nivel 3	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Oxicam - Arthritis And Pain Drugs		
FELDENE ORAL CAPSULE 20 MG (piroxicam)	Nivel 3	
<i>meloxicam oral suspension 7.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>meloxicam submicronized oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior precriptions for generic Meloxicam and Diclofenac tablets within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Otros - Arthritis And Pain Drugs		
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (20 EA per 5 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
RELAFEN DS ORAL TABLET 1,000 MG (nabumetone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Nabumetone tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
SPRIX NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 15.75 MG/SPRAY (ketorolac tromethamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a generic nonsteroidal anti-inflammatory drug within the past 120 days; QL (5 EA per 30 days)
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolmetin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
TORONOVA II SUIK KIT 30 MG/ML (ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TORONOVA SUIK KIT 30 MG/ML (ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
Analgésicos Nsaid (Inhibidores De Ciclooxygenasa-No Selectiva) - Arthritis And Pain Drugs		
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 3	
Analgésicos Nsaid, (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Indolacético - Arthritis And Pain Drugs		
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 3	
<i>indomethacin rectal suppository 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin rectal suppository 50 mg</i>	Nivel 3	
<i>etodolac (Lodine Oral Tablet 400 Mg)</i>	Nivel 3	
Antagonistas De Receptores Antiinflamatorios - Interleucinas-1 - Arthritis And Pain Drugs		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG (rilonacept)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anti-Inflammatory - Complement (C5) Receptor Inhibitors - Arthritis And Pain Drugs		
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG (avacopan)	Nivel 4	PA
Antitubercular - Cyclic Peptide Antibiotics - Arthritis And Pain Drugs		
azathioprine (Azasan Oral Tablet 100 Mg, 75 Mg)	Nivel 3	
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
CELLCEPT ORAL CAPSULE 250 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 3	
CELLCEPT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Nivel 3	
CELLCEPT ORAL TABLET 500 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 3	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Nivel 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Nivel 1	
IMURAN ORAL TABLET 50 MG (azathioprine)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine, modified)	Nivel 3	
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine, modified)	Nivel 3	
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine)	Nivel 3	
Antitubercular - D-Alanine Analogs - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (100 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
PLAQUENIL ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 3	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 3	QL (60 EA per 30 days)
Combinaciones De Analgésico De Opiode Oxycodona - Arthritis And Pain Drugs		
oxycodone HCl/acetaminophen (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
oxycodone HCl/acetaminophen (Nalocet Oral Tablet 2.5-300 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/5 ml</i>	Nivel 3	QL (66 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (61 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-300 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Percocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Solution 10-300 Mg/5 MI)	Nivel 3	QL (66 ML per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
Combinaciones De Analgésico De Opiode Tramadol - Arthritis And Pain Drugs		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Combinaciones De Analgésico De Opioides Dihidrocodeína - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-caff-dihydrocod oral capsule 320.5-30-16 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Acetaminophen/Codeine tablets within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) (apremilast)	Nivel 4	PA
Dmard - Inhibidores De Receptor De Interleucinas-6 (Il-6), Anticuerpo Monoclonal - Arthritis And Pain Drugs		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML (tocilizumab)	Nivel 4	PA
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML (tocilizumab)	Nivel 4	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Nivel 4	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Nivel 4	PA
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML (tocilizumab-aazg)	Nivel 4	
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML (tocilizumab-aazg)	Nivel 4	
Dmard - Inhibidores De Síntesis De Pirimidina - Arthritis And Pain Drugs		
ARAVA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (leflunomide)	Nivel 3	
LEFLUNICLO KIT,GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Nivel 3	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
Dmard - Otros - Arthritis And Pain Drugs		
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 3	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZULFIDINE ORAL TABLET 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 3	
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (penicillamine)	Nivel 4	PA
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	Nivel 1	
minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	Nivel 1	
penicillamine oral capsule 250 mg	Nivel 1	PA
penicillamine oral tablet 250 mg	Nivel 1	PA
sulfasalazine oral tablet 500 mg	Nivel 1	
sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg	Nivel 1	
Immunomodulator - Rho Kinase Inhibitor - Arthritis And Pain Drugs		
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG (belumosudil mesylate)	Nivel 4	PA
Inmunomodulador Estimulante De B-Linfocito (Blys)-Mcab Inhibidor Específico - Arthritis And Pain Drugs		
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML (belimumab)	Nivel 4	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML (belimumab)	Nivel 4	PA
Medical Supplies And Dme - Air Cleaners - Arthritis And Pain Drugs		
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML (abatacept)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML (abatacept)	Nivel 4	PA
Spermicides - Arthritis And Pain Drugs		
<i>auranofin oral capsule 3 mg</i>	Nivel 1	
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG (auranofin)	Nivel 2	
Urinary Anti-Infective Combinations - Arthritis And Pain Drugs		
<i>butalbital-acetaminophen oral capsule 50-300 mg</i>	Nivel 3	QL (6 EA per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Butalbital/acetaminophen 50mg-325mg combination product within the past 120 days; QL (6 EA per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral solution 50-325-40 mg/15 ml</i>	Nivel 3	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
butalbital/acetaminophen/cafeine (Esgic Oral Tablet 50-325-40 Mg)	Nivel 3	
butalbital/acetaminophen/cafeine (Fioricet Oral Capsule 50-300-40 Mg)	Nivel 1	
butalbital/acetaminophen (Tencon Oral Tablet 50-325 Mg)	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Urinary Antispasmodics - Arthritis And Pain Drugs		
BELBUCA BUCCAL FILM 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 75 MCG, 750 MCG, 900 MCG (buprenorphine HCl)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 28 days)
<i>butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
BUTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 10 MCG/HOUR, 15 MCG/HOUR, 20 MCG/HOUR, 5 MCG/HOUR, 7.5 MCG/HOUR (buprenorphine)	Nivel 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 28 days)
<i>nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>pentazocine-naloxone oral tablet 50-0.5 mg</i>	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vaginal Antifungal - Azole Agents - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (200 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml</i>	Nivel 3	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	Nivel 3	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 1	QL (13 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Nivel 1	
Vaginal Anti-Infectives - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (150 ML per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine phosphate/butalbital/aspirin/caffeine (Ascomp With Codeine Oral Capsule 30-50-325-40 Mg)</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine-bitalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
FIORICET WITH CODEINE ORAL CAPSULE 50-300-40-30 MG (butalbital/acetaminophen/caffeine/codeine phosphate)	Nivel 3	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Vaginal Estrogens - Arthritis And Pain Drugs		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (methotrexate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML (methotrexate/PF)	Nivel 3	QL (0.8 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 12.5 MG/0.25 ML (methotrexate/PF)	Nivel 3	QL (1 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 15 MG/0.3 ML (methotrexate/PF)	Nivel 3	QL (1.2 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 17.5 MG/0.35 ML (methotrexate/PF)	Nivel 3	QL (1.4 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4 ML (methotrexate/PF)	Nivel 3	QL (1.6 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 22.5 MG/0.45 ML (methotrexate/PF)	Nivel 3	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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 25 MG/0.5 ML (methotrexate/PF)	Nivel 3	QL (2 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/0.6 ML (methotrexate/PF)	Nivel 3	QL (2.4 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 7.5 MG/0.15 ML (methotrexate/PF)	Nivel 3	QL (0.6 ML per 28 days)
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; ST: Requires prior prescription for Methotrexate tablets or injection solution within the past 120 days if 12 years of age and older; QL (120 ML per 60 days)

Vaginal Progestins - Arthritis And Pain Drugs

adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml	Nivel 4	PA
adalimumab-adaz subcutaneous syringe 10 mg/0.1 ml, 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml	Nivel 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Nivel 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 4	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 4	PA

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Nivel 2	
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Nivel 2	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Nivel 2	PA

Anestésicos - Drugs For Pain And Fever

Anestesia General - Inhalante Volatil - Drugs For Sedation

<i>desflurane inhalation liquid 100 %</i>	Nivel 1	
FORANE INHALATION LIQUID 99.9 % (isoflurane)	Nivel 3	
<i>isoflurane inhalation liquid 99.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sevoflurane inhalation liquid 99.97 %</i>	Nivel 1	
SUPRANE INHALATION LIQUID 100 % (desflurane)	Nivel 3	
isoflurane (Terrell Inhalation Liquid 99.9 %)	Nivel 1	
ULTANE INHALATION LIQUID 99.97 % (sevoflurane)	Nivel 3	

Anestesia General - Parenteral, Benzodiacepinas - Drugs For Sedation

<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	

Anestesia, No-Parenteral-Benzodiacepinas-Combinaciones Anti-Eméticas - Drugs For Sedation

MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN) SUBLINGUAL TROCHE 3-25-2 MG (midazolam/ketamine HCl/ondansetron HCl)	Nivel 1	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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>	Nivel 1	
Cystinosis Therapy (Cystine Depleting Agents) - Drugs For Sedation		
ACCUCAINE KIT KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
<i>lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %</i>	Nivel 1	
LIDOMARK 1-5 KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/adhesive bandage)	Nivel 3	
LIDOMARK 2-5 KIT 20 MG/ML (2 %) (lidocaine HCl/PF/adhesive bandage)	Nivel 3	
MARVONA SUIK (PF) KIT 0.5 % (5 MG/ML) (bupivacaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
Anthelmintic		
Antineoplastic - Akt (Protein Kinase B (Pkb)) Inhibitor		
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG (capivasertib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Caseinolytic Protease P (Clpp) Activators		
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG (dordaviprone HCl)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; QL (20 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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Gamma-Secretase Inhibitor (Gsi)		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG (niraparib hydrobromide)	Nivel 4	PA
Antineoplastic - Janus Kinase (Jak), Acvr1/Alk2 Inhibitors		
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG (mometinib dihydrochloride)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Menin Inhibitors		
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG, 25 MG (revumenib citrate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Ornithine Decarboxylase (Odc) Inhibitors		
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG (eflornithine HCl)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Parp Inhibitor And Antiandrogen Combinations		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG (niraparib tosylate/abiraterone acetate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Systemic Enzyme Inhibitors Combinations		
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG (avutometinib potassium/defactinib hydrochloride)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic-Isocitrate Dehydrogenase-1 And -2 (Idh1 And Idh2) Inhib		
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG (vorasidenib citrate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Anthelmintic - Drugs For Cancer		
Agentes De Protección Del Tracto Urinario Usados En Conjunto Con Quimioterapia - Drugs For Cancer		
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
MESNEX ORAL TABLET 400 MG (mesna)	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Agentes De Rescate De Metotrexato - De Tipo Antagonista De Ácido Fólico - Drugs For Cancer		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 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>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Androgen-Herbal And/Or Nutrient Combinations - Drugs For Cancer		
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG (zanubrutinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antibiótico De Antineoplásico - Otros - Drugs For Cancer		
JELMYTO INTRA-PYELOCALYCEAL KIT 40 MG X 2 (mitomycin)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Agente Alquilante - Alquilsulfanato - Drugs For Cancer		
MYLERAN ORAL TABLET 2 MG (busulfan)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Agente Alquilante - Gas Nitrógeno - Drugs For Cancer		
ALKERAN ORAL TABLET 2 MG (melphalan)	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
HEPZATO (50 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Nivel 4	

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEPZATO (62 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Nivel 4	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG (chlorambucil)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Agente Alquilante - Triazenos - Drugs For Cancer		
<i>temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 20 mg, 250 mg, 5 mg</i>	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Antagonistas De Receptores De Estrógeno - Drugs For Cancer		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG (elacestrant HCl)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Ácido Fólico - Drugs For Cancer		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (methotrexate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; ST: Requires prior prescription for Methotrexate tablets or injection solution within the past 120 days if 12 years of age and older; QL (120 ML per 60 days)
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Pirimidinas - Drugs For Cancer		
<i>capecitabine oral tablet 150 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG (azacitidine)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XELODA ORAL TABLET 150 MG, 500 MG (capecitabine)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Purina - Drugs For Cancer		
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i>	Nivel 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; ST: Requires prior prescription for Mercaptopurine tablets within the past 120 days
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML (mercaptopurine)	Nivel 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; ST: Requires prior prescription for Mercaptopurine tablets within the past 120 days
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	Nivel 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Antimetabolito - Derivados De Urea - Drugs For Cancer		
HYDREA ORAL CAPSULE 500 MG (hydroxyurea)	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Antimetabolitos - Combinaciones De Análogos De Pirimidina - Drugs For Cancer		
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG (trifluridine/tipiracil HCl)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Antisuprarrenales - Drugs For Cancer		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (mitotane)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Epipodofilotoxina - Drugs For Cancer		
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Estabilizadores De Mastocitos - Drugs For Cancer		
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
GASTROCROM ORAL CONCENTRATE 100 MG/5 ML (cromolyn sodium)	Nivel 3	
Antineoplásico - Inhib De Cinasa De Receptores De Factor De Crecimiento De Fibroblasto (Fgfr) - Drugs For Cancer		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG (erdafitinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) (futibatinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG (pemigatinib)	Nivel 4	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)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML (larotrectinib sulfate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Enzimas De Proteasoma - Drugs For Cancer		
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG (ixazomib citrate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Exportina-1 (Xpo1) - Drugs For Cancer		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (selinexor)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores De Linfoma Anaplásico De Cinasa - Drugs For Cancer		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG (alectinib HCl)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG (brigatinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23) (brigatinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (ensartinib hydrochloride)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (lorlatinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG (crizotinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XALKORI ORAL PELLET 150 MG, 20 MG, 50 MG (crizotinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG (ceritinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores De Linfoma-2 De Células B (Bcl-2) - Drugs For Cancer		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG (venetoclax)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG (venetoclax)	Nivel 4	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)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG (ivosidenib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 2 (Midh2) - Drugs For Cancer		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (enasidenib mesylate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores De Pi3k-Alfa - Drugs For Cancer		
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG, 9 MG (inavolisib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) (alpelisib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Pi3k-Delta Y Gamma - Drugs For Cancer		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (duvelisib)	Nivel 4	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)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG (rucaparib camsylate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG (talazoparib tosylate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG (niraparib tosylate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores De Proteína De Tirosina Quinasa - Drugs For Cancer		
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG (repotrectinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG (avapritinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (bosutinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG (bosutinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG (zanubrutinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (vandetanib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG (nilotinib tartrate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG (tivozanib HCl)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG (fruquintinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
GLEEVEC ORAL TABLET 100 MG, 400 MG (imatinib mesylate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG (taletrectinib adipate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML (imatinib mesylate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (axitinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2) (lenvatinib mesylate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Nivel 4	PA
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG (ripretinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG (vimseltinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (entrectinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG (entrectinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG (midostaurin)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG (asciminib hydrochloride)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (dasatinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (sunitinib malate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (capmatinib hydrochloride)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG (nilotinib HCl)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG (tepotinib HCl)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG (pexidartinib hydrochloride)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG (pazopanib HCl)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Braf - Drugs For Cancer		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG (encorafenib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML (tovorafenib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6) (tovorafenib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (dabrafenib mesylate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG (dabrafenib mesylate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG (vemurafenib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

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

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)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG (mirdametinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG (mirdametinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (selumetinib sulfate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML (trametinib dimethyl sulfoxide)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG (trametinib dimethyl sulfoxide)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG (binimetinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Mtor - Drugs For Cancer		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG, 3 MG, 5 MG (everolimus)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

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

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG (everolimus)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
everolimus (Torpenz Oral Tablet 10 Mg, 2.5 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Tipo Fms De Tirosina Quinasa 3 (Flt3) - Drugs For Cancer		
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG (quizartinib dihydrochloride)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG (gilteritinib fumarate)	Nivel 4	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 (10 MG X 4), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (selinexor)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Interferones - Drugs For Cancer		
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML (ropeginterferon alfa-2b-njft)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Quinasa De Janus(Jak), Inhib De Tipo Fms De Tirosina Quinasa(Flt) - Drugs For Cancer		
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG (fedratinib dihydrochloride)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; QL (4 EA per 1 day)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG (pacritinib citrate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; QL (4 EA per 1 day)
Antineoplásico - Retinoides - Drugs For Cancer		
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Supresores Pituitario Antagonistas Lhrh (Gnrh) - Drugs For Cancer		
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG (degarelix acetate)	Nivel 3	QL (2 EA per 365 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG (degarelix acetate)	Nivel 3	QL (1 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG (relugolix)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Epidermal Growth Factor Receptor-2 (Her2) Inhibitor - Drugs For Cancer		
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG (zongertinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; QL (3 EA per 1 day)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG (tucatinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Ezh2 Histone Methyltransferase (Hmt) Inhibitor - Drugs For Cancer		
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG (tazemetostat hydrobromide)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Hypoxia Inducible Factor (Hif) Inhibitors - Drugs For Cancer		
WELIREG ORAL TABLET 40 MG (belzutifan)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Kirsten Rat Sarcoma (Kras) Protein Inhibitor - Drugs For Cancer		
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG (adagrasib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 240 MG, 320 MG (sotorasib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Selective Ret Kinase Inhibitor - Drugs For Cancer		
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG (pralsetinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG (selpercatinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic-Pyrimidine Analog And Cytidine Deaminase Inhibitor Comb - Drugs For Cancer		
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG (decitabine/cedazuridine)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antitubercular - Aminobenzoic Acid Analogs - Drugs For Cancer		
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antitubercular - Rifamycin And Derivatives - Drugs For Cancer		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (duvelisib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Drugs For Cancer		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (glasdegib maleate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG (vismodegib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG (sonidegib phosphate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Fluorouracilo Y Agentes De Rescate Relacionados - Drugs For Cancer		
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM (uridine triacetate)	Nivel 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; QL (24 EA per 14 days)
Hepatitis C - Interferons - Drugs For Cancer		
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG (palbociclib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG (palbociclib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3) (ribociclib succinate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (abemaciclib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Hyperuricemia Therapy - Drugs For Cancer		
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG (afatinib dimaleate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG (neratinib maleate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG (dacomitinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Influenza Antiviral Agents - Neuraminidase Inhibitors - Drugs For Cancer		
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MG/0.5 ML (asparaginase Erwinia chrysanthemi (recombinant)-rywn)	Nivel 4	
Influenza-A Agents And Combinations - Drugs For Cancer		
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (ruxolitinib phosphate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidor De Antineoplásico - Cyp17 (17 Alfa-Hidroxilasa/C17,20-Lyase) - Drugs For Cancer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
abiraterone acetate (Abirtega Oral Tablet 250 Mg)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (abiraterone acetate)	Nivel 4	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>	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IRESSA ORAL TABLET 250 MG (gefitinib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG (erlotinib HCl)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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		
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG (lazertinib mesylate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (osimertinib mesylate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Medical Supplies And Dme - Dentifrices - Drugs For Cancer		
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG (vorinostat)	Nivel 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Medical Supplies And Dme - Foot Care Supplies - Drugs For Cancer		
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TYKERB ORAL TABLET 250 MG (lapatinib ditosylate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Medical Supplies And Dme - Masks - Drugs For Cancer		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (lenalidomide)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Medical Supplies And Dme - Vaporizers - Drugs For Cancer		
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (cabozantinib s-malate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) (cabozantinib s-malate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG (ponatinib HCl)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG (sorafenib tosylate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG (regorafenib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Passive Immunizing Agent Combinations - Drugs For Cancer		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TARGRETIN ORAL CAPSULE 75 MG (bexarotene)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Passive Immunizing Agents - Drugs For Cancer		
HYCAMTIN ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG (topotecan HCl)	Nivel 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Polymyxin Antibiotics And Derivatives - Drugs For Cancer		
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (lomustine)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Prostaglandins - Drugs For Cancer		
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG (procarbazine HCl)	Nivel 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Toxoid Vaccines - Drugs For Cancer		
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG (leuprolide acetate)	Nivel 4	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) (leuprolide acetate)	Nivel 4	PA
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	Nivel 1	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vaccine Mixed Combinations (Bacterial And Viral) - Drugs For Cancer		
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Vaccine Viral Combinations - Drugs For Cancer		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
ARIMIDEX ORAL TABLET 1 MG (anastrozole)	Nivel 0	
AROMASIN ORAL TABLET 25 MG (exemestane)	Nivel 0	
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
FEMARA ORAL TABLET 2.5 MG (letrozole)	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Vaccines - Drugs For Cancer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
abiraterone acetate (Abirtega Oral Tablet 250 Mg)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
CASODEX ORAL TABLET 50 MG (bicalutamide)	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG (apalutamide)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
NILANDRON ORAL TABLET 150 MG (nilutamide)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG (darolutamide)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG (enzalutamide)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (enzalutamide)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (abiraterone acetate)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Vaccines - Viral - Drugs For Cancer		
FARESTON ORAL TABLET 60 MG (toremifene citrate)	Nivel 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML (tamoxifen citrate)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women		
Aniconceptivos De Emergencia - Birth Control Pills		
AFTER PILL ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
ECONTRA EZ ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
ELLA ORAL TABLET 30 MG (ulipristal acetate)	Nivel 0	
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
Anticonceptivo Oral - Cuadrafásico - Birth Control Pills		
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	Nivel 0	
NATAZIA ORAL TABLET 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG (estradiol valerate/dienogest)	Nivel 0	
RIVELSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Rosyrah Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-20 Mcg/ 0.15 Mg-25 Mcg)	Nivel 0	
Anticonceptivos - Intravaginales, Sistémicos - Comb. De Estrógeno Y Progestina - Birth Control Pills		
ANNOVERA VAGINAL RING 0.15-0.013 MG/24 HOUR (segesterone acetate/ethinyl estradiol)	Nivel 0	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Eluryng Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
etonogestrel/ethinyl estradiol (Enilloring Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	Nivel 0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	Nivel 0	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Haloette Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	Nivel 0	
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24 HR (etonogestrel/ethinyl estradiol)	Nivel 3	
Anticonceptivos De Emergencia - De Tipo Agonista/Antagonista De Progesterona - Birth Control Pills		
ELLA ORAL TABLET 30 MG (ulipristal acetate)	Nivel 0	
Anticonceptivos De Emergencia - Tipo Progestina - Birth Control Pills		
AFTER PILL ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
ECONTRA EZ ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	Nivel 0	
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
Antineoplastic - Estrogens - Birth Control Pills		
norethindrone (Camila Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Deblitane Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Emzahh Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Errin Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Heather Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Incassia Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Jencycla Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Lyleq Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Lyza Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Meleya Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG (norethindrone)	Nivel 0	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	Nivel 0	
OPILL ORAL TABLET 0.075 MG (norgestrel)	Nivel 0	
norethindrone (Orquidea Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Sharobel Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28) (drospirenone)	Nivel 0	
norethindrone (Tulana Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
Antineoplastic - Interleukins - Birth Control Pills		
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Afirmelle Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Altavera (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Alyacen 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Amethyst (28) Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Apri Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Eq Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Aurovela 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Aurovela 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela Fe 1-20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
AVERI ORAL TABLET 0.15 MG-0.03 MG (21)/36.5 MG(7) (desogestrel/ethinyl estradiol/ferrous bis-glycinate chelate)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aviane Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Ayuna Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
BALCOLTRA ORAL TABLET 0.1 MG-0.02 MG (21)/IRON (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron)	Nivel 3	
norethindrone-ethinyl estradiol (Balziva (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
BEYAZ ORAL TABLET 3-0.02-0.451 MG (24) (4) (drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Briellyn Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Charlotte 24 Fe Oral Tablet, Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Chateal Eq (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Cryselle (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Eq Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	Nivel 0	
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4), 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	Nivel 0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	Nivel 0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Enskyce Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Estarylla Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	Nivel 0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Falmina (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Feirza Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7), 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
FEMLYV ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1 MG- 20 MCG (norethindrone acetate/ethinyl estradiol)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Finzala Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Galbriela Oral Tablet, Chewable 0.8Mg-25Mcg(24) And 75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Gemmily Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Hailey Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Iclevia Oral Tablets, Dose Pack, 3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Introvale Oral Tablets, Dose Pack, 3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Isibloom Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Jasmiel (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Nivel 0	
JOLESSA ORAL TABLETS, DOSE PACK, 3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (91) (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron (Joyeaux Oral Tablet 0.1 Mg-0.02 Mg (21)/Iron (7))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Juleber Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Junel 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Junel 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 24 Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Kaitlib Fe Oral Tablet, Chewable 0.8Mg-25Mcg(24) And 75 Mg (4))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Kalliga Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Kelnor 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Kelnor 1/50 (28) Oral Tablet 1-50 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Kurvelo (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Larin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Larin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
LAYOLIS FE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.8MG-25MCG(24) AND 75 MG (4) (norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lessina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)	Nivel 0	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)	Nivel 0	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levora-28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Loestrin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Nivel 3	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Loestrin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Nivel 3	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 3	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Loestrin Fe 1/20 (28-Day) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ethinyl estradiol/drospirenone (Loryna (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Nivel 0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Low-Ogestrel (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Lo-Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lutera (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Marlissa (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Merzee Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Mibelas 24 Fe Oral Tablet, Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Microgestin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Microgestin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Mili Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron (Minzoya Oral Tablet 0.1 Mg-0.02 Mg (21)/Iron (7))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
NEXTSTELLIS ORAL TABLET 3 MG- 14.2 MG (28) (drospirenone/estetrol)	Nivel 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Nikki (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Nivel 0	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet, chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7), 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)</i>	Nivel 0	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	Nivel 0	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	Nivel 0	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	Nivel 0	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet, chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>	Nivel 0	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG (21) (norethindrone-ethinyl estradiol)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Philith Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Portia 28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Reclipsen (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
SAFYRAL ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG (21) (7) (drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Setlakin Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Sprintec (28) Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Sronyx Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Syeda Oral Tablet 3-0.03 Mg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina Fe 1-20 Eq (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TAYTULLA ORAL CAPSULE 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) (norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	Nivel 0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Turqoz (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
TYBLUME ORAL TABLET,CHEWABLE 0.1 MG- 20 MCG (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	Nivel 0	
drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium (Tydemy Oral Tablet 3-0.03-0.451 Mg (21) (7))	Nivel 0	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Valtya Oral Tablet 1-50 Mg-Mcg)	Nivel 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Vestura (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Vienva Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Vyfemla (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Vylibra Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Wera (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Wymzya Fe Oral Tablet,Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Xelria Fe Oral Tablet,Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 75 Mg (7))	Nivel 0	
YASMIN (28) ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	Nivel 3	
YAZ (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ethinyl estradiol/drospirenone (Zarah Oral Tablet 3-0.03 Mg)	Nivel 0	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Zovia 1-35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.03 Mg)	Nivel 0	
Antineoplastic - Photosensitizers - Birth Control Pills		
norethindrone-ethinyl estradiol (Alyacen 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Aranelle (28) Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Caziant (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Enpresse Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	Nivel 0	
LEENA 28 ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG (norethindrone-ethinyl estradiol)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levonest (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	Nivel 0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	Nivel 0	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tilia Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tri-Legest Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Linyah Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Sprintec (28) Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Trivora (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
desogestrel-ethinyl estradiol (Velivet Triphasic Regimen (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Xarah Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	Nivel 0	
Combinaciones De Anticonceptivos Transdérmicos - Comb. De Estrógeno Y Progestina - Birth Control Pills		
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	Nivel 0	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 120-30 MCG/24 HR (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	Nivel 0	
norelgestromin/ethinyl estradiol (Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	Nivel 0	
norelgestromin/ethinyl estradiol (Zafemy Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	Nivel 0	
Contraceptive - Vaginal Ph Modulator - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
PHEXXI VAGINAL GEL 1.8-1-0.4 % (lactic acid/citric acid/potassium bitartrate)	Nivel 0	
Diagnostic - Control Reagents - Birth Control Pills		
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG (etonogestrel)	Nivel 0	
Diagnostic - Infection Tests - Birth Control Pills		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
Diagnostic Agents - Birth Control Pills		
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Amethia Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Ashlyna Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Azurette (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Nivel 0	
CAMRESE LO ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.1 MG-20 MCG (84)/10 MCG (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	Nivel 0	
CAMRESE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Daysee Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Nivel 0	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Jaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Kariva (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Nivel 0	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	Nivel 0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) (norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Lojaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.1 Mg-20 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Pimtrea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Simliya (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Simpesse Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Viorele (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Volnea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Nivel 0	
Diagnostic Test Reagents - Birth Control Pills		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 150 MG/ML (medroxyprogesterone acetate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 150 MG/ML (medroxyprogesterone acetate)	Nivel 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML (medroxyprogesterone acetate)	Nivel 0	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	Nivel 0	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	Nivel 0	
Gout And Hyperuricemia - Antimitotic-Uricosuric Combinations - Birth Control Pills		
MIUDELLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 175 SQUARE MM (copper)	Nivel 0	
PARAGARD T 380A INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM (copper)	Nivel 0	
PARAGARD T380A (SINGLE HAND) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM (copper)	Nivel 0	
Laxative - Bowel Prep Kits - Birth Control Pills		
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (nonoxynol 9)	Nivel 0	
VCF CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (nonoxynol 9)	Nivel 0	
VCF CONTRACEPTIVE GEL VAGINAL GEL 4 % (nonoxynol 9)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiparkinson Adjuvant - Comt Inhibitors - Drugs For Metabolic Disease		
Metabolic Disease Enzyme Replacement, Molybdenum Cofactor Deficiency - Drugs For Metabolic Disease		
NULIBRY INTRAVENOUS RECON SOLN 9.5 MG (fosdenopterin hydrobromide)	Nivel 4	PA
Sustituto De Enzimas De Enfermedad Metabólica, Hipofosfatasa - Drugs For Metabolic Disease		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML (asfotase alfa)	Nivel 4	PA
Sustituto De Enzimas De Enfermedad Metabólica, Inmunodeficiencia Severa Combinada - Drugs For Metabolic Disease		
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) (elapegademase-lvlr)	Nivel 4	PA
Antiporphyria Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning		
Agentes Quelantes - Cobre - Drugs For Overdose Or Poisoning		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA
CUVRIOR ORAL TABLET 300 MG (trientine tetrahydrochloride)	Nivel 4	PA
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (penicillamine)	Nivel 4	PA
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	PA
SYPRINE ORAL CAPSULE 250 MG (trientine HCl)	Nivel 4	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>trientine oral capsule 500 mg</i>	Nivel 4	PA
Agentes Quelantes - Envenenamiento De Plomo - Drugs For Overdose Or Poisoning		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG (succimer)	Nivel 3	
Agentes Quelantes - Hierro - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i>	Nivel 1	PA
DESFERAL INJECTION RECON SOLN 500 MG (deferoxamine mesylate)	Nivel 3	PA
EXJADE ORAL TABLET, DISPERSIBLE 125 MG, 250 MG, 500 MG (deferasirox)	Nivel 4	PA
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG (deferiprone)	Nivel 4	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (deferiprone)	Nivel 4	PA
FERRIPROX ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (deferiprone)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JADENU ORAL TABLET 180 MG, 360 MG, 90 MG (deferasirox)	Nivel 4	PA
JADENU SPRINKLE ORAL GRANULES IN PACKET 180 MG, 360 MG, 90 MG (deferasirox)	Nivel 4	PA
Antagonistas De Receptor Mu-Opioide, De Acción Periférica - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>alvimopan oral capsule 12 mg</i>	Nivel 1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (naloxegol oxalate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG (methylnaltrexone bromide)	Nivel 3	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML (methylnaltrexone bromide)	Nivel 3	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML (methylnaltrexone bromide)	Nivel 3	PA
SYMPROIC ORAL TABLET 0.2 MG (naldemedine tosylate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antídoto - Agente De Reactivación De Colinesterasa - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>pralidoxime intramuscular pen injector 600 mg/2 ml</i>	Nivel 3	
Antídoto - Agentes De Anticolinesterásico - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 105 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antídoto - Envenenamiento De Acetaminofén - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Nivel 1	
Antídoto Otros - Drugs For Overdose Or Poisoning		
GALZIN ORAL CAPSULE 25 MG (ZINC), 50 MG (ZINC) (zinc acetate)	Nivel 3	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (prussian blue (insoluble))	Nivel 3	
Cytoprotective Agents - Drugs For Overdose Or Poisoning		
DUODOTE INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 600-2.1 MG/2ML-MG/0.7ML (pralidoxime chloride/atropine sulfate)	Nivel 3	
Immunosuppressive - Calcineurin Inhibitors - Drugs For Overdose Or Poisoning		
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (prussian blue (insoluble))	Nivel 3	
Urinary Antispasmodic Combinations - Drugs For Overdose Or Poisoning		
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION (naloxone HCl)	Nivel 2	QL (4 EA per 30 days)
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 30 days)
NARCAN NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION (naloxone HCl)	Nivel 3	QL (4 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPVEE NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2.7 MG/ACTUATION (nalmeffene HCl)	Nivel 3	QL (4 EA per 30 days)
REXTOVY NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION (naloxone HCl)	Nivel 3	QL (4 EA per 30 days)
ZIMHI INJECTION SYRINGE 5 MG/0.5 ML (naloxone HCl)	Nivel 3	QL (2 ML per 30 days)
Antiseptic - Chlorine Releasing		
Antihyperlipidemic - Apolipoprotein C-III Synthesis Inhibitors		
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML (olezarsen sodium)	Nivel 4	PA
Endothelin Receptor Antagonists		
TRYVIO ORAL TABLET 12.5 MG (aprocitentan)	Nivel 4	PA
VANRAFIA ORAL TABLET 0.75 MG (atrasentan hydrochloride)	Nivel 4	PA
Endothelin-Angiotensin Receptor Antagonist		
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sparsentan)	Nivel 4	PA
Factor XII Inhibitors		
ANDEMBRY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/1.2 ML (garadacimab-gxii)	Nivel 4	PA
Pde5-Endothelin Receptor Antagonist-Selective Cgmp Pde5 Inhibitor Comb		
OPSYNVI ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG (macitentan/tadalafil)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Antisense Oligonucleotide (Aso)		
DAWNZERA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML (donidalorsen sodium)	Nivel 4	PA; QL (0.8 ML per 28 days)
Pulmonary Antihypertensive Agent - Activin Receptor lia-Fc (Actriia)		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2) (sotatercept-csrk)	Nivel 4	
Antiseptic - Chlorine Releasing - Drugs For The Heart		
Abortifacients Or Cervical Ripening Agents - Prostaglandin Analogs - Drugs For The Heart		
digoxin (Digitek Oral Tablet 125 Mcg (0.125 Mg), 250 Mcg (0.25 Mg))	Nivel 1	
<i>digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)</i>	Nivel 3	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	Nivel 1	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	Nivel 1	PA
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG (0.125 MG), 250 MCG (0.25 MG) (digoxin)	Nivel 3	
LANOXIN ORAL TABLET 62.5 MCG (0.0625 MG) (digoxin)	Nivel 3	PA
Agentes Antihipertensivo Pulmonares - Tipo Prostaciclina - Drugs For High Blood Pressure		
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (42) (treprostinil diolamine)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (210) (treprostinil diolamine)	Nivel 4	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG(42)-1MG (treprostinil diolamine)	Nivel 4	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG (treprostinil diolamine)	Nivel 4	PA
REMODULIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2.5 MG/ML, 5 MG/ML (treprostinil sodium)	Nivel 4	PA
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
TYVASO DPI INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 16 MCG, 16(112)-32(112) -48(28) MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG (treprostinil)	Nivel 4	PA
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil)	Nivel 4	PA
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Nivel 4	PA
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil/nebulizer accessories)	Nivel 4	PA
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Nivel 4	PA
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML (iloprost tromethamine)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 106 MCG, 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG (treprostinil sodium)	Nivel 4	PA
Agentes De Antihiperlipidémicos - Fuente Alimenticia - Drugs For Cholesterol		
<i>choline bitartrate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>lecithin, soy oral capsule 1,200 mg</i>	Nivel 3	
PHOSPHALINE ORAL CAPSULE 900 MG (phosphatidylcholine)	Nivel 3	
PHOSPHALINE ORAL LIQUID 3 GRAM/5 ML (phosphatidylcholine)	Nivel 3	
Agentes De Hipertensión Arterial Pulmonar-Inhibidores Selectivos De Cgmp-Pde5 - Drugs For High Blood Pressure		
ADCIRCA ORAL TABLET 20 MG (tadalafil)	Nivel 4	PA; QL (2 EA per 1 day)
tadalafil (Alyq Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 4	PA; QL (2 EA per 1 day)
LIQREV ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (sildenafil citrate)	Nivel 4	PA
REVATIO ORAL TABLET 20 MG (sildenafil citrate)	Nivel 3	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 4	PA; QL (2 EA per 1 day)
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (tadalafil)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Pah - Agonistas Selectivos De Receptor De Protaciclina (Ip) - Drugs For High Blood Pressure		
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG (selexipag)	Nivel 4	PA
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)-800 MCG (60) (selexipag)	Nivel 4	PA
Agentes De Tratamiento De Micardiopatía Hipertrófica, Ablativo - Drugs For The Heart		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION 99 % (ethyl alcohol)	Nivel 3	
<i>ethyl alcohol intra-arterial solution 99 %</i>	Nivel 1	
Agentes Para Tratar Feocromocitona - Drugs For High Blood Pressure		
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG (metyrosine)	Nivel 4	PA
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 4	PA
Agonistas Central Alfa-2-Diuréticos De Tiazidas Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>methyl dopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	Nivel 1	
Agonistas De Receptores De Central Alfa-2 - Drugs For High Blood Pressure		
CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.1 MG/24 HR (clonidine)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.2 MG/24 HR (clonidine)	Nivel 3	
CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.3 MG/24 HR (clonidine)	Nivel 3	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 24 hr 0.17 mg</i>	Nivel 3	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	Nivel 1	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Angiotensin II Receptor Blockers (Arbs) - Drugs For Cholesterol		
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
niacin (Niacor Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 1	
Antagonistas De Receptor De Bradiquinina B2 - Drugs For The Heart		
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/3 ML (icatibant acetate)	Nivel 4	PA
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	Nivel 4	PA
icatibant acetate (Sajazir Subcutaneous Syringe 30 Mg/3 MI)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antagonistas De Receptor Muscarínico (Anticolinérgico) - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
ATROPEN INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 0.5 MG/0.7 ML, 1 MG/0.7 ML (atropine sulfate)	Nivel 3	
Antianginal - Potassium-Channel Agonists - Drugs For High Blood Pressure		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antianginal Agents Other - Drugs For High Blood Pressure		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
EDECIN ORAL TABLET 25 MG (ethacrynic acid)	Nivel 3	PA
<i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	PA
FUROSCIX SUBCUTANEOUS KIT 80 MG/10 ML (furosemide)	Nivel 4	PA
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral solution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
LASIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 80 MG (furosemide)	Nivel 3	
SOANZ ORAL TABLET 40 MG (torsemide)	Nivel 3	PA
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antianginal And Anti-Ischemic Agents - Drugs For Angina		
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (vericiguat)	Nivel 3	PA
Antiarrhythmic Others - Drugs For Cholesterol		
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram</i>	Nivel 1	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	Nivel 1	
cholestyramine (Cholestyramine Light Oral Powder 4 Gram)	Nivel 1	
cholestyramine (Cholestyramine Light Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	Nivel 1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	Nivel 1	
COLESTID ORAL GRANULES 5 GRAM (colestipol HCl)	Nivel 3	
COLESTID ORAL TABLET 1 GRAM (colestipol HCl)	Nivel 3	
<i>colestipol oral granules 5 gram</i>	Nivel 1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	Nivel 1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
cholestyramine (Prevalite Oral Powder 4 Gram)	Nivel 1	
cholestyramine (Prevalite Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 1	
cholestyramine (Questran Light Oral Powder 4 Gram)	Nivel 3	
cholestyramine (with sugar) (Questran Oral Powder 4 Gram)	Nivel 3	
cholestyramine (with sugar) (Questran Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WELCHOL ORAL POWDER IN PACKET 3.75 GRAM (colesevelam HCl)	Nivel 3	
WELCHOL ORAL TABLET 625 MG (colesevelam HCl)	Nivel 3	
Antiarrítmico - Tipo Iii - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG (dronedarone HCl)	Nivel 2	
amiodarone HCl (Pacerone Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg, 400 Mg)	Nivel 1	
TIKOSYN ORAL CAPSULE 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG (dofetilide)	Nivel 3	
Antidiabetic - Absorption Modifier Other - Drugs For Cholesterol		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (lomitapide mesylate)	Nivel 4	PA
Antidiuretic And Vasopressor Hormones - Drugs For High Blood Pressure		
ARBLI ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (losartan potassium)	Nivel 3	PA
ATACAND ORAL TABLET 16 MG, 32 MG, 4 MG, 8 MG (candesartan cilexetil)	Nivel 3	
AVAPRO ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG (irbesartan)	Nivel 3	
BENICAR ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 5 MG (olmesartan medoxomil)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
COZAAR ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (losartan potassium)	Nivel 3	
DIOVAN ORAL TABLET 160 MG, 320 MG, 40 MG, 80 MG (valsartan)	Nivel 3	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (azilsartan medoxomil)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for an ACE inhibitor, ACE inhibitor combination, ARB, or ARB combination within the past 120 days
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
MICARDIS ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 80 MG (telmisartan)	Nivel 3	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>valsartan oral solution 4 mg/ml</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Valsartan tablets within the past 120 days
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
Antihiperlipidémicos - Inhibidor Selectivo De Absorción De Colesterol - Drugs For Cholesterol		
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZETIA ORAL TABLET 10 MG (ezetimibe)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
Antihiperlipidémicos - Inhibidores De Reductasa Hmg Coa (Estatinas) - Drugs For Cholesterol		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 20 MG, 40 MG, 60 MG (lovastatin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
ATORVALIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (atorvastatin calcium)	Nivel 3	PA
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>atorvastatin oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
CRESTOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG (rosuvastatin calcium)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG (rosuvastatin calcium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Rosuvastatin within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLOLIPID ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML), 40 MG/5 ML (8 MG/ML) (simvastatin)	Nivel 3	PA
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
LIPITOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (atorvastatin calcium)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (pitavastatin calcium)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>rosuvastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
ZOCOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (simvastatin)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG, 4 MG (pitavastatin magnesium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Livalo within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Antihiperlipidémicos - Tipo De Ácido Graso Omega-3 - Drugs For Cholesterol		
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
omega-3 acid ethyl esters (Lovaza Oral Capsule 1 Gram)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	Nivel 3	QL (8 EA per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
Antihyperlipidemic - Apolipoprotein Inhibitors - Drugs For Cholesterol		
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML (olezarsen sodium)	Nivel 4	PA
Antihyperlipidemic - Atp-Citrate Lyase (Acly) Inhibitor - Drugs For Cholesterol		
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG (bempedoic acid)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
Antihyperlipidemic - Hmg Coa Reductase Inhibitors (Statins) - Drugs For Cholesterol		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Repatha within the past 120 days
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
Antihyperlipidemic - Pcsk9 Inhibitor, Monoclonal Antibody (Mab) - Drugs For Cholesterol		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Repatha within the past 120 days
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
Antihyperlipidemic- Atp-Citrate Lyase And Cholesterol Absorption Inhib - Drugs For Cholesterol		
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG (bempedoic acid/ezetimibe)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate micronized oral capsule 90 mg</i>	Nivel 3	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release (drlec) 135 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibric acid oral tablet 105 mg, 35 mg</i>	Nivel 1	
FENOGLIDE ORAL TABLET 120 MG, 40 MG (fenofibrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate or Gemfibrozil within the past 120 days
FIBRICOR ORAL TABLET 105 MG, 35 MG (fenofibric acid)	Nivel 3	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
LIPOFEN ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (fenofibrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate or Gemfibrozil within the past 120 days
LOPID ORAL TABLET 600 MG (gemfibrozil)	Nivel 3	
TRICOR ORAL TABLET 145 MG, 48 MG (fenofibrate nanocrystallized)	Nivel 3	
Beta Adrenergic Blockers - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DYRENIUM ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (triamterene)	Nivel 3	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Bloqueador Beta Selectivo Cardíaco-Tiazida Diurético Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
TENORETIC 100 ORAL TABLET 100-25 MG (atenolol/chlorthalidone)	Nivel 3	
TENORETIC 50 ORAL TABLET 50-25 MG (atenolol/chlorthalidone)	Nivel 3	
Bloqueador Beta Selectivo No-Cardíaco-Diurético De Tiazidas Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1	
Bloqueador De Canal De Calcio - Nsaid, Cox-2 Combinación De Inhibidor Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
CONSENSI ORAL TABLET 10-200 MG, 2.5-200 MG, 5-200 MG (amlodipine besylate/celecoxib)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Bloqueador De Receptores De Angiotensina II (Arb)-Bloqueador De Canal De Calcio-Diuretico - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-valsartan-hcthid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	Nivel 1	
EXFORGE HCT ORAL TABLET 10-160-12.5 MG, 10-160-25 MG, 10-320-25 MG, 5-160-12.5 MG, 5-160-25 MG (amlodipine besylate/valsartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	Nivel 1	
TRIBENZOR ORAL TABLET 20-5-12.5 MG, 40-10-12.5 MG, 40-10-25 MG, 40-5-12.5 MG, 40-5-25 MG (olmesartan medoxomil/amlodipine besylate/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
Bloqueadores De Canal De Calcio - Benzodiacepinas - Drugs For High Blood Pressure		
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG (diltiazem HCl)	Nivel 3	
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (diltiazem HCl)	Nivel 3	
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG, 30 MG, 60 MG (diltiazem HCl)	Nivel 3	
diltiazem HCl (Cartia Xt Oral Capsule, Extended Release 24Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg)	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, ext. rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 120 MG, 180 MG, 240 MG (diltiazem HCl)	Nivel 1	
diltiazem HCl (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hr 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	
diltiazem HCl (Tiadylt Er Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	
TIAZAC ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (diltiazem HCl)	Nivel 3	
Bloqueadores De Canal De Calcio - Dihidroporifinas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (levamlodipine maleate)	Nivel 3	PA
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (amlodipine benzoate)	Nivel 3	PA
<i>levamlodipine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>nisoldipine oral tablet extended release 24 hr 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	Nivel 1	
NORLIQVA ORAL SOLUTION 1 MG/ML (amlodipine besylate)	Nivel 3	PA
NORVASC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (amlodipine besylate)	Nivel 3	
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 30 MG, 60 MG, 90 MG (nifedipine)	Nivel 3	
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 17 MG, 34 MG, 8.5 MG (nisoldipine)	Nivel 3	
Bloqueadores De Canal De Calcio - Fenilalquilaminas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1	
Bloqueantes Ganglionares, No-Despolarizantes - Drugs For High Blood Pressure		
VECAMYL ORAL TABLET 2.5 MG (mecamylamine HCl)	Nivel 4	PA
Calcium And Bone Metabolism Regulators - Other - Drugs For High Blood Pressure		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>carvedilol phosphate oral capsule, er multiphase 24 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
COREG CR ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 24 HR 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (carvedilol phosphate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
COREG ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 3.125 MG, 6.25 MG (carvedilol)	Nivel 3	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>labetalol oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
Cardiac Inotropes - Drugs For High Blood Pressure		
ATACAND HCT ORAL TABLET 16-12.5 MG, 32-12.5 MG, 32-25 MG (candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
AVALIDE ORAL TABLET 150-12.5 MG, 300-12.5 MG (irbesartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
BENICAR HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG, 40-12.5 MG, 40-25 MG (olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-12.5 MG, 160-25 MG, 320-12.5 MG, 320-25 MG, 80-12.5 MG (valsartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG (azilsartan medoxomil/chlorthalidone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for an ACE inhibitor, ACE inhibitor combination, ARB, or ARB combination within the past 120 days
HYZAAR ORAL TABLET 100-12.5 MG, 100-25 MG, 50-12.5 MG (losartan potassium/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Nivel 1	
MICARDIS HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG, 80-12.5 MG, 80-25 MG (telmisartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	Nivel 1	
Cardiac Myosin Inhibitor - Drugs For The Heart		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG (mavacamten)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones De Vasodilatadores - Drugs For High Blood Pressure		
BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG (isosorbide dinitrate/hydralazine HCl)	Nivel 3	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	Nivel 1	
Coronary Vasodilator (Nitrate) Combinations - Drugs For High Blood Pressure		
UREAPRO ORAL POWDER 15 GRAM/SCOOP (urea)	Nivel 3	
Dermatological - Poison Ivy Products - Drugs For High Blood Pressure		
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (nebivolol HCl)	Nivel 3	
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (metoprolol succinate)	Nivel 3	
LOPRESSOR ORAL SOLUTION 10 MG/ML (metoprolol tartrate)	Nivel 3	PA
LOPRESSOR ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (metoprolol tartrate)	Nivel 3	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
TENORMIN ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (atenolol)	Nivel 3	
TOPROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (metoprolol succinate)	Nivel 3	
Dermatological - Vasoprotectant Combinations - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Vasoprotectants And Combinations - Drugs For High Blood Pressure		
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>nimodipine oral solution 60 mg/20 ml</i>	Nivel 4	PA
NYMALIZE ORAL SOLUTION 60 MG/10 ML (nimodipine)	Nivel 3	PA
NYMALIZE ORAL SYRINGE 30 MG/5 ML, 60 MG/10 ML (nimodipine)	Nivel 3	PA
Diuréticos - Ahorradores De Potasio-Tiazidas Y Combinaciones Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	Nivel 1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diuréticos - Antagonista De Receptor De Aldosterona, No-Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
ALDACTONE ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (spironolactone)	Nivel 3	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (spironolactone)	Nivel 3	PA
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Diuréticos - Antagonista De Receptor De Aldosterona, Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
INSPIRA ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (eplerenone)	Nivel 3	
Diuréticos - Antagonistas De Receptor Selectivo De Arginina Vasopresina V2 - Drugs For High Blood Pressure		
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG (tolvaptan)	Nivel 4	QL (30 EA per 365 days)
SAMSCA ORAL TABLET 30 MG (tolvaptan)	Nivel 4	QL (60 EA per 365 days)
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	Nivel 4	QL (30 EA per 365 days)
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	Nivel 4	QL (60 EA per 365 days)
Diuréticos - Tiazidas Y Relacionados - Drugs For High Blood Pressure		
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5 ML (chlorothiazide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEMICLOR ORAL TABLET 12.5 MG (chlorthalidone)	Nivel 3	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	
INZIRQO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 MG/ML (hydrochlorothiazide)	Nivel 3	PA
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
THALITONE ORAL TABLET 15 MG (chlorthalidone)	Nivel 3	
Fertility Enhancer - Ovulation Stimulant - Gonadotropins - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	
NORPACE CR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 100 MG, 150 MG (disopyramide phosphate)	Nivel 2	
NORPACE ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (disopyramide phosphate)	Nivel 3	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	Nivel 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Fertility Enhancer - Ovulation Stimulant - Synthetic (Non-Fsh) - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
General Anesthetics - Drugs For Cholesterol		
COQMAX OMEGA ORAL CAPSULE 174-50-115-250 MG, 348-500-100 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/coenzyme Q-10)	Nivel 3	
FISH OIL ORAL CAPSULE 1,000 (120-180) MG, 1,200 (144-216) MG, 300-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
FISH OIL ORAL CAPSULE 300-500 MG, 360-1,200 MG (omega-3 fatty acids/fish oil)	Nivel 3	
FISH OIL ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 300-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
<i>inositol-choline bitartrate oral capsule 250-250 mg</i>	Nivel 3	
<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-ast oral capsule 350-90-24-50 mg, 500-115-30-64 mg</i>	Nivel 3	
LIPOCHOL PLUS ORAL TABLET 0.5 MG (methionine/inositol/choline/folic acid)	Nivel 3	
MEGARED ADV TOTAL BODY REFRESH ORAL CAPSULE 375-350-500-30 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Nivel 3	
MEGARED ADVANCED 4-IN-1 ORAL CAPSULE 339 MG-314 MG- 500 MG, 700 MG-600 MG- 900 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill oil)	Nivel 3	
MEGARED ADVANCED TOTAL BODY ORAL CAPSULE 339-314-500-24 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEGARED OMEGA-3 KRILL OIL ORAL CAPSULE 1,000-230-60 MG, 350-90-24-50 MG, 500-115-30-64 MG (krill oil/omega-3 fatty acids/dha/epa/phospholipids/astaxan)	Nivel 3	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 1,000 (120-180) mg, 200-300-1,000 mg, 300-1,000 mg, 60-90-500 mg</i>	Nivel 3	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 100-400-1,000 mg, 300 mg (120 mg- 180mg)-1,000 mg, 415-670 mg</i>	Nivel 3	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule, delayed release(dr/ec) 300 mg (120 mg- 180mg)-1,000 mg, 450 mg (128 mg- 322 mg)-650 mg</i>	Nivel 3	
OMEGA MONOPURE DHA EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 790 MG-675 MG-118 MG-1,300 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
OMEGA MONOPURE EPA EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 910-1,300 MG (omega-3 fatty acids/eicosapentaenoic acid (epa)/fish oil)	Nivel 3	
OMEGA MONOPURE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 430-130-650 MG, 860-260-1,300 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/dpa/fish oil)	Nivel 3	
<i>omega-3 fatty acids-fish oil oral capsule 300-1,000 mg</i>	Nivel 3	
<i>omega-3 fatty acids-fish oil oral capsule 360-1,200 mg</i>	Nivel 3	
OMEGA-3 KRILL OIL ORAL CAPSULE 350-90-24-50 MG (krill oil/omega-3 fatty acids/dha/epa/phospholipids/astaxan)	Nivel 3	
<i>omega-3s-dha-epa-fish oil oral capsule 360-600 mg</i>	Nivel 3	
OMEGAPURE 900-TG ORAL CAPSULE 964-257-643 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMEGAPURE PRM ORAL CAPSULE 590-195-245-800 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
OMEGAPURE-600 EC ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 650 MG-240 MG- 360 MG-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
OMEGAPURE-780 EC ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 910 MG-330 MG- 450 MG-1,400 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
OMEGAPURE-820 ORAL CAPSULE 937.5 MG-320 MG - 500 MG-1,250MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
OMEGAPURE-900 EC ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 967 MG-385 MG- 515 MG-1,290 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 250-140-47.5 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/Schizochytrium algal oil)	Nivel 3	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 500-270-135 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa)	Nivel 3	
SUPERIOR OMEGA3 WITH VIT D ORAL CAPSULE 1,250 MG-1,375 MG-25 MCG (omega-3/dha/epa/other omega-3s/fish oil/vitamin D3)	Nivel 3	
TRIPLE OMEGA 3-6-9 ORAL CAPSULE 400-400-400 MG (fish oil/borage oil/flaxseed oil/omega 3,6,9 combination no1)	Nivel 3	
Glucocorticoid-Vitamin And/Or Nutrients - Drugs For High Blood Pressure		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG (riociguat)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Growth Hormones - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
BETAPACE AF ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 3	
BETAPACE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 3	
sotalol HCl (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Nivel 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML (sotalol HCl)	Nivel 3	QL: 8 BOTTLES IN 30 DAYS; ST: Requires prior prescription for Sotalol tablets within the past 120 days
Hipertensión Arterial Pulmonar - Antagonistas De Receptor De Endotelina - Drugs For High Blood Pressure		
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>bosentan oral tablet for suspension 32 mg</i>	Nivel 4	PA
LETAIRIS ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (ambrisentan)	Nivel 4	PA
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG (macitentan)	Nivel 4	PA
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG (bosentan)	Nivel 4	PA
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG (bosentan)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhib De Antihiperlipidémicos Hmg Coa Reductasa Y Bloqueador De Canal De Calcio - Drugs For Cholesterol		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG, 5-80 MG (amlodipine besylate/atorvastatin calcium)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
Inhib De Antihiperlipidémicos-Hmg Coa Reductasa E Inhibidor De Absorción De Colesterol - Drugs For Cholesterol		
<i>ezetimibe-rosuvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-5 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Atorvastatin and Rosuvastatin tablets within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
ROSZET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-5 MG (ezetimibe/rosuvastatin calcium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Atorvastatin and Rosuvastatin tablets within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VYTORIN 10-10 ORAL TABLET 10-10 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-20 ORAL TABLET 10-20 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-40 ORAL TABLET 10-40 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-80 ORAL TABLET 10-80 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
Lhrh (Gnrh) Agonist Analog Pituitary Suppressants - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	Nivel 1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Gloves - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Nivel 1	
AZOR ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG, 5-20 MG, 5-40 MG (amlodipine besylate/olmesartan medoxomil)	Nivel 3	
EXFORGE ORAL TABLET 10-160 MG, 10-320 MG, 5-160 MG, 5-320 MG (amlodipine besylate/valsartan)	Nivel 3	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Incontinence Supplies - Drugs For Angina		
ASPRUZY SPRINKLE ORAL EXTEND RELEASE GRANULES, PACKET 1,000 MG, 500 MG (ranolazine)	Nivel 3	PA
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
Medical Supplies And Dme - Razors And Blades - Drugs For High Blood Pressure		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
TEKTURNAL ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (aliskiren hemifumarate)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Steam Inhalers - Drugs For High Blood Pressure		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML (ivabradine HCl)	Nivel 2	QL (20 ML per 1 day)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (ivabradine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Bisoprolol, Carvedilol, or Metoprolol Succinate within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Bisoprolol, Carvedilol, or Metoprolol Succinate within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Surgical Adhesives - Drugs For High Blood Pressure		
BETAPACE AF ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 3	
BETAPACE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 3	
HEMANGEOL ORAL SOLUTION 4.28 MG/ML (propranolol HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Propranolol oral solution within the past 120 days if 1 year of age and older; QL (360 ML per 30 days)
INDERAL LA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 160 MG, 60 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Nivel 3	
INDERAL XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Inderal LA within the past 120 days
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Inderal LA within the past 120 days
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
sotalol HCl (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Nivel 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML (sotalol HCl)	Nivel 3	QL: 8 BOTTLES IN 30 DAYS; ST: Requires prior prescription for Sotalol tablets within the past 120 days
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Metabolic Modifier - Carnitine Replenisher Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	
amlodipine besylate/benazepril HCl (Lotrel Oral Capsule 10-20 Mg)	Nivel 3	
LOTREL ORAL CAPSULE 10-40 MG, 5-10 MG, 5-20 MG (amlodipine besylate/benazepril HCl)	Nivel 3	
PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG, 3.5-2.5 MG, 7-5 MG (perindopril arginine/amlodipine besylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Amlodipine and an ACE Inhibitor within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	Nivel 1	
Metabolic Modifier - Homocystinuria Treatment Agents - Drugs For High Blood Pressure		
ACCURETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG, 20-12.5 MG, 20-25 MG (quinapril HCl/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 10-12.5 MG, 20-12.5 MG, 20-25 MG (benazepril HCl/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	
VASERETIC ORAL TABLET 10-25 MG (enalapril maleate/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG, 20-12.5 MG, 20-25 MG (lisinopril/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
Oxytotic Mixtures - Drugs For Angina		
GONITRO SUBLINGUAL POWDER IN PACKET 400 MCG (nitroglycerin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for two generic sublingual Nitroglycerin products within the past 365 days
ISORDIL ORAL TABLET 40 MG (isosorbide dinitrate)	Nivel 3	
ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET 5 MG (isosorbide dinitrate)	Nivel 3	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
nitroglycerin (Nitro-Bid Transdermal Ointment 2 %)	Nivel 2	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR (nitroglycerin)	Nivel 3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (nitroglycerin)	Nivel 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>	Nivel 1	
NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SPRAY, NON-AEROSOL 400 MCG/SPRAY (nitroglycerin)	Nivel 3	
NITROMIST TRANSLINGUAL AEROSOL, SPRAY 400 MCG/SPRAY (nitroglycerin)	Nivel 3	
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG (nitroglycerin)	Nivel 3	
NITRO-TIME ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 2.5 MG, 6.5 MG, 9 MG (nitroglycerin)	Nivel 1	
Peritoneal Dialysis Solutions - Drugs For High Blood Pressure		
ALDACTONE ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (spironolactone)	Nivel 3	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (spironolactone)	Nivel 3	PA
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
INSPIRA ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (eplerenone)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (finerenone)	Nivel 3	PA
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Anticuerpo Monoclonal Recombinante - Drugs For The Heart		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Nivel 4	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Nivel 4	PA
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Small Molecule - Drugs For The Heart		
EKTERLY ORAL TABLET 300 MG (sebetralstat)	Nivel 4	PA; QL (4 EA per 1 day)
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG (berotralstat hydrochloride)	Nivel 4	PA
Posterior Pituitary Hormones - Drugs For High Blood Pressure		
ACCUPRIL ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG (quinapril HCl)	Nivel 3	
ALTACE ORAL CAPSULE 1.25 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (ramipril)	Nivel 3	
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EPANED ORAL SOLUTION 1 MG/ML (enalapril maleate)	Nivel 3	PA
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (benazepril HCl)	Nivel 3	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
QBRELIS ORAL SOLUTION 1 MG/ML (lisinopril)	Nivel 3	PA
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
VASOTEC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (enalapril maleate)	Nivel 3	
ZESTRIL ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG (lisinopril)	Nivel 3	
Prolactin Inhibitors - Drugs For High Blood Pressure		
CARDURA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 8 MG (doxazosin mesylate)	Nivel 3	
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 4 MG, 8 MG (doxazosin mesylate)	Nivel 3	
DIBENZYLINE ORAL CAPSULE 10 MG (phenoxybenzamine HCl)	Nivel 4	PA
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenoxybenzamine oral capsule 10 mg</i>	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
TEZRULY ORAL SOLUTION 1 MG/ML (terazosin HCl)	Nivel 3	PA
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Agentes Únicos De Terapia De Anafilaxis - Drugs For Serious Allergic Reaction		
AUVI-Q INJECTION AUTO-INJECTOR 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 2	QL (2 EA per 365 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN 2-PAK INJECTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN INJECTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN JR 2-PAK INJECTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN JR INJECTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 FILL)
NEFFY NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 1 MG/SPRAY (0.1 ML), 2 MG/SPRAY (0.1 ML) (epinephrine)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 FILL)
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Drugs For Serious Allergic Reaction		
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG (droxidopa)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Tetracycline Antibiotics - Drugs For High Blood Pressure		
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG (sacubitril/valsartan)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril/valsartan)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG (sacubitril/valsartan)	Nivel 3	QL (8 EA per 1 day)
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
Vasodilatadores De Acción Directa - Drugs For High Blood Pressure		
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	
Vasodilatadores Periféricos, Agentes Individuales - Drugs For High Blood Pressure		
<i>papaverine injection solution 30 mg/ml</i>	Nivel 1	
Wound Care - Growth Factor Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
Wound Care - Thrombolytic Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiseptics And Disinfectants		
Hematopoietic Agents - Hypoxia Inducible Factor Prolyl Hydroxylase Inh		
VAFSEO ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (vadadustat)	Nivel 3	PA
Hemophilia Treatment Agents - Small Interfering Rna (Sirna)		
QFITLIA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/0.5 ML (fitusiran sodium)	Nivel 4	PA
QFITLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 20 MG/0.2 ML (fitusiran sodium)	Nivel 4	PA
Pnh - Complement Factor B Inhibitors		
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Nivel 4	PA
Pnh - Complement Factor D Inhibitors		
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Nivel 4	PA
Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood		
Agente Mimético-Factor Viii, Anticuerpo Monoclonal - Drugs For The Blood		
ALHEMO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.5 ML (100 MG/ML), 300 MG/3 ML (100 MG/ML), 60 MG/1.5 ML (40 MG/ML) (concizumab-mtci)	Nivel 4	PA
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 105 MG/0.7 ML, 12 MG/0.4 ML, 150 MG/ML, 30 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML), 60 MG/0.4 ML (emicizumab-kxwh)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYMPAVZI PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (marstacimab-hncq)	Nivel 4	PA
Agentes Hemostáticos Tópicos - Drugs To Prevent Bleeding		
ASTRINGYN TOPICAL SOLUTION 259 MG/G (ferric subsulfate)	Nivel 3	
AVITENE FLOUR TOPICAL POWDER (microfibrillar collagen)	Nivel 3	
AVITENE TOPICAL POWDER IN PACKET (microfibrillar collagen)	Nivel 3	
AVITENE TOPICAL SHEET 35 X 35 MM, 70 X 35 MM, 70 X 70 MM (microfibrillar collagen)	Nivel 3	
ENDO AVITENE TOPICAL SHEET 10 MM, 5 MM (microfibrillar collagen)	Nivel 3	
GELFILM IMPLANT FILM (gelatin)	Nivel 3	
GEL-FLOW NT TOPICAL SYRINGE (gelatin sponge,absorbable)	Nivel 3	
GEL-FLOW TOPICAL SYRINGE KIT 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge,absorbable)	Nivel 3	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 TOPICAL SPONGE 100 CM (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
GELFOAM JMI POWDER TOPICAL KIT 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge,absorbable)	Nivel 3	
GELFOAM JMI SPONGE TOPICAL COMBO PACK 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge,absorbable)	Nivel 3	
GELFOAM MUCOUS MEMBRANE POWDER (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GELFOAM SPONGE SIZE 100 TOPICAL SPONGE 100 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
GELFOAM SPONGE SIZE 12-7MM TOPICAL SPONGE 12-7 MM (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 TOPICAL SPONGE 200 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 TOPICAL SPONGE 50 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
GELFOAM TOPICAL SPONGE 4 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
MONSEL'S TOPICAL SOLUTION 0.2 TO 0.22 GRAM/ML IRON (ferric subsulfate)	Nivel 3	
MONSEL'S TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.2 TO 0.22 GRAM/ML (ferric subsulfate)	Nivel 1	
RECOTHROM SPRAY KIT TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT (thrombin (recombinant))	Nivel 3	
RECOTHROM TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (recombinant))	Nivel 3	
SURGIFOAM TOPICAL SPONGE 100 , 100 CM, 12-7 MM, 50 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
SYRINGE AVITENE TOPICAL POWDER (microfibrillar collagen)	Nivel 3	
THROMBI-GEL TOPICAL PADS, MEDICATED 10 CM2, 100 CM2, 40 CM2 (thrombin(bov)/calcium chlor/cmc/gel,pork/dressing,hemostatic)	Nivel 3	
THROMBIN-JMI NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THROMBIN-JMI TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY SYRINGE 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 20,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	
THROMBI-PAD TOPICAL PADS, MEDICATED 3 X 3 " (thrombin(bov)/calcium chlor/cme-cell sod/dressing, hemostatic)	Nivel 3	
ULTRAFOAM TOPICAL SPONGE 2 X 6.25 X 7 CM-CM-MM, 8 X 12.5 X 1 CM, 8 X 12.5 X 3 CM-CM-MM, 8 X 6.25 X 1 CM (microfibrillar collagen)	Nivel 3	
Agentes Inhibidores De Esterasa C1 - Drugs For The Blood		
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT (10 ML) (C1 esterase inhibitor)	Nivel 4	PA
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML) (C1 esterase inhibitor)	Nivel 4	PA
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT (C1 esterase inhibitor)	Nivel 4	PA
RUCONEST INTRAVENOUS RECON SOLN 2,100 UNIT (C1 esterase inhibitor, recombinant)	Nivel 4	PA
Agentes Para Tratar Attp - Factor Anti Von Willebrand (Vwf) Dominoi A1 - Drugs For The Blood		
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG (caplacizumab-yhdp)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agonistas De Receptor De Trombopoyetina - Drugs For The Blood		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG (eltrombopag choline)	Nivel 4	PA
DOPTLET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Nivel 4	PA
DOPTLET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Nivel 4	PA
DOPTLET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Nivel 4	PA
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 4	PA
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 4	PA
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG (lusutrombopag)	Nivel 4	PA
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG (eltrombopag olamine)	Nivel 4	PA
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (eltrombopag olamine)	Nivel 4	PA
Antagonistas De Receptores De Quimiocinas Cxcr4 - Drugs For The Blood		
XOLREMDI ORAL CAPSULE 100 MG (mavorixafor)	Nivel 4	PA
Antibacterial Folate Antagonist - Other Combinations - Drugs For The Blood		
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG (vorapaxar sulfate)	Nivel 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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsant - Barbiturate And Hydantoin Combinations - Drugs For The Blood		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-jmdb)	Nivel 4	PA
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-pbbk)	Nivel 4	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (tbo-filgrastim)	Nivel 4	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (tbo-filgrastim)	Nivel 4	PA
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Nivel 4	PA
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Nivel 4	PA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim)	Nivel 4	PA
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim)	Nivel 4	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim-aafi)	Nivel 4	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-aafi)	Nivel 4	PA
NYPOZI INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-txid)	Nivel 4	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-apgf)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-ayow)	Nivel 4	PA
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML (eflapegrastim-xnst)	Nivel 4	PA
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-fpgk)	Nivel 4	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Nivel 4	PA
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Nivel 4	PA
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Nivel 4	PA
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-sndz)	Nivel 4	PA
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-bmez)	Nivel 4	PA
Anticonvulsant Others - Drugs For The Blood		
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML (darbepoetin alfa in polysorbate 80)	Nivel 4	PA
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 10 MCG/0.4 ML, 100 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.4 ML, 25 MCG/0.42 ML, 300 MCG/0.6 ML, 40 MCG/0.4 ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3 ML (darbepoetin alfa in polysorbate 80)	Nivel 4	PA
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML (epoetin alfa)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MIRCERA INJECTION SYRINGE 100 MCG/0.3 ML, 120 MCG/0.3 ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.3 ML, 30 MCG/0.3 ML, 50 MCG/0.3 ML, 75 MCG/0.3 ML (methoxy polyethylene glycol-epoetin beta)	Nivel 4	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML (epoetin alfa)	Nivel 4	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML (epoetin alfa-epbx)	Nivel 4	PA
Antiparkinson Combination Agents - Drugs To Prevent Blood Clots		
warfarin sodium (Jantoven Oral Tablet 1 Mg, 10 Mg, 2 Mg, 2.5 Mg, 3 Mg, 4 Mg, 5 Mg, 6 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
Antiparkinson Therapy - Dopaminergic - Drugs To Prevent Blood Clots		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) in 0.9% nacl intravenous parenteral solution 2,500 unit/500 ml (5 unit/ml), 5,000 unit/500 ml (10 unit/ml)</i>	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml</i>	Nivel 1	
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
Antiparkinson Therapy - Drugs For The Blood		
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG (sargramostim)	Nivel 4	PA
Antiparkinson Therapy - Morphine Derivatives - Drugs To Prevent Blood Clots		
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 1	
ENOXILUV SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML (enoxaparin sodium)	Nivel 3	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 2,500 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 3	QL (8 ML per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 25,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 3	QL (7.6 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 10,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 3	QL (60 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 3	QL (30 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 3	QL (36 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 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)	Nivel 3	QL (12 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 3	QL (18 ML per 30 days)
LOVENOX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/3 ML (enoxaparin sodium)	Nivel 3	QL (30 ML per 30 days)
LOVENOX SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 120 MG/0.8 ML, 150 MG/ML, 30 MG/0.3 ML, 40 MG/0.4 ML, 60 MG/0.6 ML, 80 MG/0.8 ML (enoxaparin sodium)	Nivel 3	
Antitubercular Agents - Drugs To Prevent Bleeding		
VONVENDI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,300 (+/-) UNIT RANGE, 650 (+/-) UNIT RANGE (von Willebrand factor (recombinant))	Nivel 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Comb De Inhibidores De Agregación De Plaquetas-Salicilatos E Inhib De Bomba De Protones - Drugs For The Blood		
YOSPRALA ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 325-40 MG, 81-40 MG (aspirin/omeprazole)	Nivel 3	PA
Combinaciones Hemostáticas Tópicas - Drugs To Prevent Bleeding		
EVICEL TOPICAL SOLUTION 800-1,200 UNIT /ML (1 ML X 2), 800-1,200 UNIT /ML(2ML X 2), 800-1,200 UNIT /ML(5 ML X 2) (thrombin(human plasma derived)/fibrinogen/calcium chloride)	Nivel 3	
VISTASEAL-FIBRIN SEALANT TOPICAL SYRINGE 500 UNIT-80 MG /ML (10 ML), 500 UNIT-80 MG /ML (2 ML), 500 UNIT-80 MG /ML (4 ML) (thrombin(human plasma derived)/fibrinogen/calcium chloride)	Nivel 3	
Complejo De Coagulación Anti-Inhibidor - Drugs To Prevent Bleeding		
FEIBA NF INTRAVENOUS RECON SOLN 1,750-3,250 UNIT, 350-650 UNIT, 700-1,300 UNIT (anti-inhibitor coagulant complex)	Nivel 4	
Fórmulas De Enjuague De Heparina - Drugs To Prevent Blood Clots		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) in 0.9% nacl intravenous parenteral solution 2,500 unit/500 ml (5 unit/ml), 5,000 unit/500 ml (10 unit/ml)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml</i>	Nivel 1	
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
Hemostático Sistémico - Agentes Antifibrinolíticos - Drugs To Prevent Bleeding		
AMICAR ORAL SOLUTION 250 MG/ML (25 %) (aminocaproic acid)	Nivel 3	
AMICAR ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (aminocaproic acid)	Nivel 3	
<i>aminocaproic acid oral solution 250 mg/ml (25 %)</i>	Nivel 1	
<i>aminocaproic acid oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidor De Trombina - Selectivo Directo Y Reversible - Drugs To Prevent Blood Clots		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG (dabigatran etexilate mesylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Eliquis and Xarelto within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET 110 MG, 150 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG (dabigatran etexilate mesylate)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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>	Nivel 1	QL (4 EA per 30 days)
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1	
EFFIENT ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (prasugrel HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
PLAVIX ORAL TABLET 75 MG (clopidogrel bisulfate)	Nivel 3	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Ciclopentil-Triazolo.Pirimidinas (Cptps) - Drugs For The Blood		
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG (ticagrelor)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	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>	Nivel 1	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Salicilatos - Drugs For The Blood		
ADULT ASPIRIN REGIMEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	Nivel 0	
<i>aspirin oral tablet, chewable 81 mg</i>	Nivel 0	
<i>aspirin oral tablet, delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	Nivel 0	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (aspirin)	Nivel 0	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Nivel 0	
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET, CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
DURLAZA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 162.5 MG (aspirin)	Nivel 3	PA
ECOTRIN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Nivel 0	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET, CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas- Inhibidores De Pdesterasa Y Adenosin Deaminasa - Drugs For The Blood		
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores De Factor Indirecto Xa - Drugs To Prevent Blood Clots		
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.8 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 3	QL (24 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 2.5 MG/0.5 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 3	QL (15 ML per 30 days)
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 5 MG/0.4 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 3	QL (12 ML per 30 days)
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG/0.6 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 3	QL (18 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	Nivel 1	QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	Nivel 1	QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML per 30 days)
Inhibidores De Factor Xa Directo - Drugs To Prevent Blood Clots		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS) (apixaban)	Nivel 2	QL (74 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (apixaban)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (apixaban)	Nivel 2	QL (74 EA per 30 days)
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 1 day)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
SAVAYSA ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 60 MG (edoxaban tosylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Eliquis and Xarelto within the past 365 days; QL (30 EA per 30 days)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9) (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (51 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (20 ML per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Musculoskeletal Therapy Agent - Viscosupplements - Drugs To Prevent Bleeding		
ADVATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant,full length)	Nivel 4	
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT, 750 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, full length, peg)	Nivel 4	
AFSTYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT RANGE, 1,500 (+/-) UNIT RANGE, 2,000 (+/-) UNIT RANGE, 2,500 (+/-) UNIT RANGE, 250 (+/-) UNIT RANGE, 3,000 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor VIII recomb,single-chn,B-dom truncated)	Nivel 4	
ALPHANATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (400 VWF) UNIT/10 ML, 1,500 (600 VWF) UNIT/10 ML, 2,000 (800 VWF) UNIT/10 ML, 250 (100 VWF) UNIT/5 ML, 500 (200 VWF) UNIT/5 ML (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor,human)	Nivel 4	
ALTUVIIIO INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor rFVIII Fc-VWF-XTEN,BDD-eh1)	Nivel 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELOCTATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 5,000 UNIT, 500 UNIT, 6,000 UNIT, 750 UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, Fc fusion protein)	Nivel 4	
ESPEROCT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-dom truncated peg-exei)	Nivel 4	
HEMOFIL M HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 801-1,500 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 4	
HEMOFIL M LOW INTRAVENOUS RECON SOLN 220-400 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 4	
HEMOFIL M MID INTRAVENOUS RECON SOLN 401-800 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 4	
HEMOFIL M SUPER HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 1,501-2,000 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 4	
HUMATE-P INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-2,400 UNIT, 250-600 UNIT, 500-1,200 UNIT (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor, human)	Nivel 4	
JIVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-domain deleted peg-aucl)	Nivel 4	
KOATE INTRAVENOUS RECON SOLN 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 4	
KOGENATE FS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, full length)	Nivel 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KOVALTRY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant,full length)	Nivel 4	
NOVOEIGHT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor VIII recombinant, B-domain truncated)	Nivel 4	
NUWIQ INTRAVENOUS RECON SOLN 1000 UNIT, 2,000 UNIT, 2,500 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT (antihemophilic factor VIII rec HEK cell, B-domain deleted)	Nivel 4	
OBIZUR INTRAVENOUS RECON SOLN 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor VIII, recombinant porcine sequence)	Nivel 4	
RECOMBINATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor VIII, human recombinant)	Nivel 4	
WILATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,000 UNIT, 500-500 UNIT (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor,human)	Nivel 4	
XYNTHA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb,B-domain deleted)	Nivel 4	
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS SYRINGE 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb,B-domain deleted)	Nivel 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Neuromuscular Therapy Agents - Als Agents - Drugs To Prevent Blood Clots		
ACD SOLUTION A SOLUTION 2.45-2.2 GRAM- 800 MG/100 ML (dextrose-water/sodium citrate/citric acid)	Nivel 3	
ACD-A SOLUTION (citrate dextrose solution)	Nivel 3	
ACD-A SOLUTION 2.45-2.2 GRAM- 730 MG/100 ML (dextrose-water/sodium citrate/citric acid)	Nivel 3	
<i>anticoag citrate phos dextrose solution 2.63-222 gram-mg/100ml</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate in 0.9 % nacl solution 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate intra-catheter solution 4 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate intra-catheter syringe 4 % (3 ml), 4 % (5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate solution 4 gram /100 ml (4 %)</i>	Nivel 1	
Pharmaceutical Adjuvants - Drugs For The Blood		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Nivel 4	PA
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Nivel 4	PA
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Nivel 4	PA
Pnh - Complement (C3) Inhibitors - Drugs For The Blood		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Preparaciones De Factor Ix - Drugs To Prevent Bleeding		
ALPHANINE SD INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX)	Nivel 4	
ALPROLIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX recombinant, Fc fusion protein)	Nivel 4	
BENEFIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Nivel 4	
IDELVION INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX recombinant, albumin fusion protein)	Nivel 4	
IXINITY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant, threonine 148)	Nivel 4	
PROFILNINE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX complex, prothrombin complex conc no.4, 3-factor)	Nivel 4	
REBINYN INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX (human) recombinant, pegylated)	Nivel 4	
RIXUBIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Nivel 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Preparaciones De Factor Vii - Drugs To Prevent Bleeding		
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 2 MG (2,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG), 8 MG (8,000 MCG) (coagulation factor VIIa (recombinant))	Nivel 4	
SEVENFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 2 MG (2,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG) (coagulation factor VIIa recombinant-jncw)	Nivel 4	
Preparaciones De Factor X - Drugs To Prevent Bleeding		
COAGADEX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (coagulation factor X)	Nivel 4	
Preparaciones De Factor Xiii - Drugs To Prevent Bleeding		
CORIFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,600 UNIT (factor XIII)	Nivel 4	
TRETEN INTRAVENOUS RECON SOLN 2,500 UNIT (factor XIII A-subunit, recombinant)	Nivel 4	
Proteínas De Plasma Que Facilitan Anticoagulación - Drugs For The Blood		
RYPLAZIM INTRAVENOUS RECON SOLN 68.8 MG (plasminogen, human-tvmh)	Nivel 4	PA
Pyruvate Kinase (Pk) Activators - Drugs For The Blood		
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG (mitapivat sulfate)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PYRUKYND ORAL TABLETS,DOSE PACK 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) (mitapivat sulfate)	Nivel 4	PA
Sickle Cell Anemia Agents, Others - Drugs For The Blood		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG (hydroxyurea)	Nivel 3	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Nivel 4	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 4	PA
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG (hydroxyurea)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Hydroxyurea and Droxia within the past 365 days
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG (hydroxyurea)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
XROMI ORAL SOLUTION 100 MG/ML (hydroxyurea)	Nivel 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)	Nivel 4	PA
WAYRILZ ORAL TABLET 400 MG (rilzabrutinib)	Nivel 4	PA
Vitamins - B-1, Thiamine And Derivatives - Drugs For The Blood		
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	Nivel 1	
Vitamins - Drugs For The Blood		
AGRYLIN ORAL CAPSULE 0.5 MG (anagrelide HCl)	Nivel 3	
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vitamins - Water Soluble - Drugs For The Blood		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	Nivel 1	
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales		
Electrolyte Depleters - Sodium-Hydrogen Exchanger 3 (Nhe3) Inhibitors		
XPHOZAH ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (tenapanor HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales - Drugs For Nutrition		
Agents For Opioid Withdrawal, Opioid-Type - Drugs For Nutrition		
B ACTIV ORAL CAPSULE 680 MCG DFE (vitamin B complex/methyltetrahydrofolate glucosamine)	Nivel 3	
<i>b complex-vitamin c-folic acid oral tablet 400 mcg</i>	Nivel 3	
B-100 COMPLEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 100 MG (vitamin B complex 100 combination no.2)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
B-50 COMPLEX WITH INOSITOL ORAL CAPSULE 400 MCG-25 MG- 50 MG (vitamin B complex/folic acid/choline bitartrate/inositol)	Nivel 3	
<i>b-complex with vitamin c oral tablet</i>	Nivel 3	
BIOPETIT ORAL LIQUID 790 MG/15 ML (vitamin B complex/lysine)	Nivel 3	
COMPLETE LIVER CLEANSE ORAL CAPSULE 16.7 MG-66.7 MCG-110 MG (vitamin B complex/vit C/folic acid/amino acid/herbal no.351)	Nivel 3	
FOLIKA-BC ORAL TABLET 1 MG-60 MG- 300 MCG (vitamin B complex/folic acid/ascorbic acid/biotin)	Nivel 3	
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS ORAL TABLET 500 MG-400 MCG- 23.9 MG-3 MG (B comp/C/folic acid/zinc sulfate/cupric sulfate/vitamin E ac)	Nivel 3	
NEPHRO VITAMINS ORAL TABLET 0.8 MG (folic acid/vitamin B complex and vitamin C)	Nivel 3	
NEPHRON FA ORAL TABLET 66 MG IRON- 1,000 MCG (vit B complex and vit C no.24/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG (folic acid/vitamin B complex and vitamin C)	Nivel 3	
PUREVITA SUPER B-COMPLEX ORAL CAPSULE 400 MCG (vitamin B complex/folic acid)	Nivel 3	
STRESS B WITH ZINC ORAL TABLET (multivitamin, stress formula/zinc)	Nivel 3	
SUPER B-50 COMPLEX ORAL CAPSULE 400 MCG-20 MG- 50 MG (vitamin B complex/folic acid/choline bitartrate/inositol)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TM-VITE RX ORAL TABLET 1,000 MCG (vitamin B complex and vitamin C combination no.22/folic acid)	Nivel 3	
ULTRA B-100 COMPLEX (FOODBASE) ORAL TABLET 400 MCG-100MCG- 100 MCG (vit B complex/folic acid/choline bit/inositol/alfalfa/herbs)	Nivel 3	
<i>vit b comp-folic-choline-inosi oral tablet extended release 400 mcg-10 mg- 10 mg</i>	Nivel 3	
VITAMIN B COMPLEX-ELECTROLYTES ORAL TABLET 0.4 MG (vitamin B complex/folic acid)	Nivel 3	
WESCAPS ORAL CAPSULE 1 MG (vitamin B complex and vitamin C no.20/folic acid)	Nivel 3	
Alzheimer's Disease Therapy - Cholinesterase Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 250 mcg (10,000 unit), 50 mcg (2,000 unit)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral capsule 62.5 mcg (2,500 unit)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral drops 10 mcg/drop (400 unit/drop), 10 mcg/ml (400 unit/ml), 25 mcg/drop (1000 unit/drop)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral drops 125 mcg/0.5 ml (5k unit/0.5ml)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral syringe 10 mcg/ml (400 unit/ml)</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet 250 mcg (10,000 unit)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, chewable 25 mcg (1,000 unit)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, chewable 50 mcg (2,000 unit), 62.5 mcg (2,500 unit)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, disintegrating 50 mcg (2,000 unit)</i>	Nivel 3	
D3-2000 ORAL CAPSULE 50 MCG (2,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral drops 200 mcg/ml (8,000 unit/ml)</i>	Nivel 3	
PEDIATRIC D-VITE ORAL DROPS 10 MCG/ML (400 UNIT/ML) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN D3 ORAL DROPS 10 MCG/2 ML (400 UNIT/2 ML) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN D3 ORAL TABLET 25 MCG (1,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
ROCALTROL ORAL SOLUTION 1 MCG/ML (calcitriol)	Nivel 3	
ergocalciferol (vitamin D2) (Vitamin D2 Oral Capsule 1,250 Mcg (50,000 Unit))	Nivel 1	
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1,250 MCG (50,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Amino Ácidos, Ingrediente Único, Oral (No-Inyectable) - Drugs For Nutrition		
<i>arginine (l-arginine) oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>arginine hcl (l-arginine) oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
CITRULLINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (citrulline)	Nivel 3	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Nivel 4	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 4	PA
<i>glutamine oral powder 100 %</i>	Nivel 3	
ISOLEUCINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	
ISOLEUCINE AMINO ACID SUPPLMNT ORAL POWDER IN PACKET 50 MG/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	
<i>l-cystine oral packet 0.5-15 g-kcal/4 g</i>	Nivel 3	
<i>lysine hcl oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>lysine hcl oral tablet 500 mg</i>	Nivel 3	
METHIONINE ORAL POWDER IN PACKET 100 MG/4 GRAM (methionine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	
N.O.MAX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 660 MG (arginine oxoglurate)	Nivel 3	
<i>phenylalanine oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 3	
VALINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (valine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	
VALINE AMINO ACID SUPPLEMENT ORAL PACKET 50 MG/4 GRAM (valine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgesic Opioid Agonists - Drugs For Nutrition		
BAL-CARE DHA ESSENTIAL ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27 MG IRON-1 MG -374 MG (prenatal vit no.100/iron ps cplex,sod EDTA/folic acid/omega3)	Nivel 3	
BAL-CARE DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27-1-430 MG (prenatal vit no.81/iron ps,sod.feredetate/folic acid/omega-3)	Nivel 3	
CADEAU DHA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-150 MG (prenatal vitamins no.83/iron fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 3	
CITRANATAL (DUAL-IRON) ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.81/iron carbonyl,gluc/folic acid/docusate)	Nivel 3	
CITRANATAL 90 DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 90 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG (prenatal vit no.72/iron carbony,gluc/folic acid/docusate/dha)	Nivel 3	
CITRANATAL ASSURE ORAL COMBO PACK 35 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG (prenatal vit no.73/iron carbony,gluc/folic acid/docusate/dha)	Nivel 3	
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -50 MG-250 MG (prenatal vits no.76/iron carbon,gluc/folic acid/docusate/dha)	Nivel 3	
CITRANATAL HARMONY (IRON FUM) ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG (prenatal vitamin no.59/iron carb,fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 3	
C-NATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -200 MG (prenatal vitamins no.11/ferrous fumarate/folic acid/omega-3)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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 vitamins no.52/iron/folic acid/omega-3/dha)	Nivel 3	
COMPLETENATE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.14/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX PRENATRIX ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX PRENATRYL ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX PRETRATE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 3	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET 30 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.108/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 3	
KPN ORAL TABLET 9 MG IRON- 267 MCG (prenatal vits with calcium no.98/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
MARNATAL-F ORAL CAPSULE 60 MG IRON-1 MG (prenatal vits with calcium no.65/iron polysacchar/folic acid)	Nivel 3	
MINI PRENATAL ORAL TABLET 6.75 MG IRON- 200 MCG (prenatal vitamins no.49/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
M-NATAL PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
MYNATAL ADVANCE ORAL TABLET 90-1-50 MG (prenatal vit with calcium 15/iron/folic acid/docusate sodium)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MYNATAL ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
MYNATAL ORAL TABLET 90-1-50 MG (prenatal vitamins with calcium/iron,carb/docusate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATAL PLUS ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATAL-Z ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATE 90 PLUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 90 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fum/docusate/folic ac)	Nivel 1	
NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vitamins no.175/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
NEONATAL PLUS VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.154/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
NEONATAL-DHA ORAL COMBO PACK 29-1-200-500 MG (prenatal vit no.175/iron fum/folic acid/dha/Schiz. algal oil)	Nivel 3	
NEO-VITAL RX ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.154/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
NESTABS ABC ORAL COMBO PACK 32 MG IRON-1 MG - 120 MG-180 MG (prenatal vitamins no.86/iron ps complex/folic acid/dha/epa)	Nivel 3	
NESTABS DHA ORAL COMBO PACK 32 MG IRON- 1,000 MCG-230MG (prenatal vits with calcium no.87/iron bisgly/folic acid/dha)	Nivel 3	
NEWGEN ORAL TABLET 32-1,000 MG-MCG (prenatal vitamins no.86/iron bis-glycinate/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEXA PLUS ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1.25 MG-55 MG (prenatal vits no.53/iron fum/folic acid/docusate calcium/dha)	Nivel 3	
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE 40-10-1-300 MG (prenatal vit no.85/iron carb,asp.gly/folic acid/dha/fish oil)	Nivel 3	
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE 35 MG IRON-5 MG IRON-1 MG (prenatal 56/iron carbonyl,asparto glycinate/folic acid/dha)	Nivel 3	
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET 30-20-1 MG (prenatal vits no.83/iron,carbonyl,iron aspart.gly/folic acid)	Nivel 3	
OB COMPLETE WITH DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-10 MG IRON-1 MG (prenatal vit no.30/iron carbonyl,asp glyc/folic acid/omega-3)	Nivel 3	
OBSTETRIX DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.12/iron,carb/folic acid/docusate/omega-3)	Nivel 1	
OBSTETRIX DHA PRENATAL DUO ORAL COMB PACK, TABLET DR, CAPSULE DR 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (prenatal vitamins no.12/iron carbonyl/levomefolate calc/dha)	Nivel 1	
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (prenatal vitamins no.12/iron,carbonyl/levomefolate calcium)	Nivel 3	
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vitamins no.127/iron,carbonyl/folic acid/docusate)	Nivel 3	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OBTREX DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.12/iron,carb/folic acid/docusate/omega-3)	Nivel 3	
ONE DAILY PRENATAL ORAL COMBO PACK 28-800-440 MG-MCG-MG (prenatal vit with calcium 75/iron/folic acid/omega-3/dha/epa)	Nivel 0	
ONE-A-DAY PRENATAL-1 ORAL CAPSULE 27 MG IRON-800 MCG-235 MG (prenatal vitamins no.168/iron/folic acid/omega-3/dha/epa)	Nivel 0	
<i>pnv no.95-ferrous fumarate-fa oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	Nivel 0	
PNV-DHA + DOCUSATE ORAL CAPSULE 27-1.25-55-300 MG (prenatal vits,calcium no.66/iron fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
PNV-SELECT ORAL TABLET 27-1 MG (prenatal vits with calcium no.40/iron fumarate/folate no.1)	Nivel 3	
PR NATAL 400 EC ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29-1-400 MG (prenatal vit no.19/iron bg HCl,suc-prot/folic acid/omega-3)	Nivel 3	
PR NATAL 400 ORAL COMBO PACK 29-1-400 MG (prenatal vit with calcium 53/iron bis,s-p/folic acid/omega-3)	Nivel 3	
PR NATAL 430 EC ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29-1-430 MG (prenatal vit 55/iron bisgly HCl,suc-prot/folic acid/omega-3)	Nivel 3	
PR NATAL 430 ORAL COMBO PACK 29 MG IRON-1 MG -430 MG (prenatal vit with calcium 54/iron bis,s-p/folic acid/omega-3)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREGEN DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (prenatal vit no.174/iron/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE 29-1.25-55-325 MG (prenatal vits with calcium no.80/iron fum/folic acid/dss/dha)	Nivel 1	
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE 28-1-50-250 MG (prenatal vit with calcium no.69/iron/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
PRENATA ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.37/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATABS FA ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vits with calcium no.78/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATABS RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 3	
PRENATAL + DHA ORAL COMBO PACK 28 MG IRON-975 MCG-200 MG (prenatal vits, calcium no.91/ferrous fumarate/folic acid/dha)	Nivel 0	
PRENATAL + DHA ORAL COMBO PACK 28 MG IRON-800 MCG-200 MG (prenatal vit with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid/dha)	Nivel 0	
PRENATAL 19 (WITH DOCUSATE) ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG-25 MG (prenatal vits no.115/iron fumarate/folic acid/docusate sod.)	Nivel 1	
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATAL 19 ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON-1 MG (prenatal vits with calcium no.115/iron fumarate/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET 14 MG IRON- 400 MCG (prenatal vits with calcium no.21/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL ESSENTIALS ORAL CAPSULE 6 MG IRON-272 MCG DFE (prenatal vits no.173/iron bisglycinate/folate no.11)	Nivel 3	
PRENATAL FORMULA ORAL TABLET 9 MG IRON- 267 MCG (prenatal vits with calcium no.93/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL FORMULA-DHA ORAL CAPSULE 28 MG-800 MCG- 200 MG (prenatal vitamins no.116/iron fumarate/folic acid/dha)	Nivel 0	
PRENATAL MULTI ORAL TABLET 27-800 MG-MCG (prenatal vit with calcium no.122/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL MULTI-DHA (ALGAL OIL) ORAL CAPSULE 27MG IRON- 800 MCG-250 MG (prenatal vitamins no.40/ferrous fumarate/folic acid/dha)	Nivel 0	
PRENATAL MULTI-DHA(WITH VIT K) ORAL CAPSULE 27 MG IRON-800 MCG-260 MG (prenatal vits no.151/iron fum/folic acid/omega3/dha/epa/fish)	Nivel 0	
PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET 27 MG IRON- 800 MCG (prenatal vit with calcium no.129/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL ORAL TABLET 28-800 MG-MCG (prenatal vits with calcium 133/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB) ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATAL PLUS DHA ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -312 MG-250 MG (PNV no.72/ferrous fumarate/folic acid/omega-3/dha)	Nivel 3	
PRENATAL PLUS ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 3	
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.180/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATAL TABLET ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
<i>prenatal vit no.179-iron-folic oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	Nivel 0	
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 0.8 MG (prenatal vit with calcium no.130/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium no.124/ferrous fumarat/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATAL VITAMIN WITH MINERALS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prenatal vit-iron fum-folic ac oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	Nivel 0	
PRENATAL WITH DHA-FOLIC ACID ORAL TABLET,CHEWABLE 400-32.5 MCG-MG (prenatal vitamins no.103/folic acid/omega-3s/dha/fish oil)	Nivel 0	
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE 28 MG IRON- 1 MG-400 MG (prenatal vitamins no.68/iron fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 3	
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE 27 MG IRON- 1 MG-400 MG (prenatal vitamins no.69/iron fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 3	
PRIMACARE ORAL CAPSULE 30-1-300 MG (prenatal vits no.118/iron asparto glycinate/folate no.6/dha)	Nivel 3	
PROVIDA OB ORAL CAPSULE 40 MG IRON- 1.25 MG (prenatal vits no.65/ferrous fumarate,iron polysac/folic acid)	Nivel 3	
SELECT-OB (FOLIC ACID) ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits no.128/iron polysaccharide complex/folic acid)	Nivel 3	
SELECT-OB + DHA ORAL COMBO PACK 29 MG IRON-1 MG -250 MG (prenatal vitamins no.33/iron polysach complex/folic acid/dha)	Nivel 3	
SELECT-OB ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.13/iron polysaccharides/folate no.1)	Nivel 3	
SE-NATAL 19 CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium 118/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
SE-NATAL 19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIMILAC PRENATAL ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-800 MCG-200 MG (prenatal vits, calcium no.102/ferrous fum/folic acid/dha/lut)	Nivel 0	
STUART ONE ORAL CAPSULE 27 MG IRON- 800 MCG-200 MG (prenatal vitamins no.63/iron,carbonyl/folic acid/dha)	Nivel 0	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG (multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
THERANATAL COMPLETE ORAL COMBO PACK 27 MG IRON- 1 MG-150 MG (prenatal vitamins no.32/ferrous fumarate/folic acid/dha)	Nivel 0	
THERANATAL ONE ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1000 MCG-300 MG (prenatal vitamins no.100/iron fumarate/folic acid/dha/epa)	Nivel 0	
THERANATAL ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.28/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
THERANATAL PLUS ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG-300 MG (prenatal vitamins no.74/ferrous fumarate/folic acid/dha)	Nivel 0	
THRIVITE RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 3	
TRICARE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium 103/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET 60 MG IRON-1 MG (prenatal vitamin 27 with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
TRINATE ORAL TABLET 28 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.73/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRISTART DHA ORAL CAPSULE 31 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.93/iron carbonyl/folate no.9/dha)	Nivel 3	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA ORAL CAPSULE 27 MG-800 MCG- 250 MG-200 MG (prenatal vit no.166/iron/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
VITAFOL FE PLUS ORAL CAPSULE 90 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vits no.102/iron polysacch/folate no.1/dha)	Nivel 3	
VITAFOL FE+ (WITH DOCUSATE) ORAL CAPSULE 90 MG IRON-1 MG -50 MG-200 MG (prenatal vits no.102/iron polysacch/folate no.1/docusate/dha)	Nivel 3	
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.67/iron polysaccharides/folate no.1/dha)	Nivel 3	
VITAFOL-OB ORAL TABLET 65-1 MG (prenatal vits with calcium no.10/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
VITAFOL-OB+DHA ORAL COMBO PACK 65-1-250 MG (prenatal vits with calcium no.10/ferrous fum/folic acid/dha)	Nivel 3	
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vits no.26/iron polysaccharide cplex/folic acid/dha)	Nivel 3	
VITAMEDMD ONE RX ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1MG -200 MG (prenatal vitamins no.25/ferrous fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 3	
VP-CH-PNV ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG (prenatal vits no.34/iron,carb/folic acid/docusate sodium/dha)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WESNATAL DHA COMPLETE ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.52/iron/folic acid/omega-3/dha)	Nivel 3	
WESNATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -200 MG (prenatal vitamins no.11/ferrous fumarate/folic acid/omega-3)	Nivel 3	
WESTAB PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE 31 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.93/iron carbonyl/folate no.9/dha)	Nivel 3	
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA ORAL COMBO PACK 28 MG-975 MCG- 200 MG (prenatal vit with calcium no.61/iron fumarate/folic acid/dha)	Nivel 0	
Analgesic Opioid Dihydrocodeine Combinations - Drugs For Nutrition		
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	Nivel 3	
<i>calcium carb, citrate, malate oral capsule 250 mg calcium</i>	Nivel 3	
<i>calcium carbonate oral tablet 500 mg calcium (1,250 mg), 600 mg calcium (1,500 mg)</i>	Nivel 3	
<i>calcium citrate oral tablet 200 mg (950 mg)</i>	Nivel 3	
OSSOPAN MD ORAL CAPSULE 200 MG CALCIUM- 1.25 MCG (calcium combination no.35/vitamin D3/magnesium malate)	Nivel 3	
OSSOPAN-1100 ORAL CAPSULE 275 MG CALCIUM (1,100 MG) (hydroxyapatite)	Nivel 3	
OYSTER SHELL CALCIUM 500 ORAL TABLET 500 MG CALCIUM (1,250 MG) (calcium carbonate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgesic Opioid Hydrocodone Combinations - Drugs For Nutrition		
BONEUP (CALCIUM ASCORBATE) ORAL CAPSULE 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/ascorbate cal/vit K2/minerals)	Nivel 3	
BONEUP ORAL CAPSULE 333 MG-8.3 MCG-116.7 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/vit C/vit K2/minerals)	Nivel 3	
<i>ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor oral tablet 600 mg calcium- 20 mcg-50 mg</i>	Nivel 3	
<i>ca-d3-mag-zinc-cop-mang-bor oral tablet 600-200-40-7.5 mg-unit-mg-mg</i>	Nivel 3	
<i>calc carb-mag ox-d3-zinc gluc oral tablet 333 mg-133 mg-1.67 mcg-5 mg</i>	Nivel 3	
<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan oral tablet 250 mg-400 unit -40 mg-5 mg</i>	Nivel 3	
<i>calcium carb-d3-mag ox-zinc ox oral tablet 333 mg-133 unit -133 mg-5 mg</i>	Nivel 3	
<i>calcium carb-mag ox-zinc sulf oral tablet 334-134-5 mg</i>	Nivel 3	
<i>calcium no.38-d3-mag-boron oral liquid 500 mg-12.5 mcg - 20 mg/15 ml</i>	Nivel 3	
<i>calcium phos-d3-magnesium-zinc oral tablet,chewable 100 mg-25 mcg- 17 mg-1.67 mg</i>	Nivel 3	
<i>calcium-d3-zinc-copper-mangan oral tablet 325 mg-12.5 mcg -2.75 mg</i>	Nivel 3	
<i>calcium-vitamin d3-vitamin k oral tablet,chewable 650 mg-12.5 mcg-40 mcg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS ORAL TABLET 600 MG-20 MCG- 50 MG-1 MG (calcium carb/D3/mag oxide/cupric sulf/mang sulf/zinc oxide)	Nivel 3	
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS ORAL TABLET,CHEWABLE 600 MG-20 MCG- 40 MG-0.25 MG (calcium carb/D3/mag oxide/cupric sulf/mang sulf/zinc oxide)	Nivel 3	
JOINT HEALTH-BONE STRENGTH ORAL TABLET 600 MG-25 MCG- 50 MG (calcium carb/vit D3/mag oxide/copper/manganese/zinc/collag)	Nivel 3	
KIDS BONES-MUSCLES ORAL TABLET,CHEWABLE 162 MG CALCIUM- 10 MCG-21 MG (calcium phosphate, tribasic/vitamin D3/mag citrate/vit K1)	Nivel 3	
LIQUICAL PLUS ORAL LIQUID 84 MG-24 MG- 10 MCG/5 ML (calcium citrate/magnesium citrate/vitamin D3/zinc citrate)	Nivel 3	
MYLK ORAL CAPSULE 200 MG-6.25 MCG -50 MG (calcium no.43/vitamin D3/mag oxide/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
OPTIMAG PLUS CALCIUM ORAL POWDER 600 MG CALCIUM- 300 MG/SCOOP (calcium malate/magnesium amino acid chelate, malate)	Nivel 3	
OSAPLEX MK-7 ORAL CAPSULE 275 MG-12.5 MCG -22.5 MCG (hydroxyapatite/vitamin D3/vitamin K2/choline/silicon)	Nivel 3	
OSAPLEX ORAL CAPSULE 275 MG-25 MCG /60 MG-3 MG (hydroxyapatite/vitamin D3/choline/silicon)	Nivel 3	
OSTEOPRIME PLUS CALC-MAGNESIUM ORAL TABLET 200 MG-5 MCG-75 MG-200 MCG DFE (calcium no.39/vit D3/magnesium/folate/vit K1/vit K2/minerals)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA BONEUP ORAL TABLET 200 MG-8.3 MCG- 83.3 MG-8.3 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/collagen/vit C/vit K2/mineral)	Nivel 3	
VEGETARIAN BONEUP ORAL TABLET 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG (calcium/vit D2/magnesium oxide/ascorbate calcium/vit K2/min)	Nivel 3	
Analgesic Opioid Pentazocine Combinations - Drugs For Nutrition		
LC-655 ORAL CAPSULE 118 MG MAGNESIUM (magnesium glycinate)	Nivel 3	
<i>magnesium chloride oral tablet 64 mg magnesium</i>	Nivel 3	
<i>magnesium citrate oral capsule 100 mg, 125 mg</i>	Nivel 3	
<i>magnesium citrate oral tablet, chewable 83.3 mg</i>	Nivel 3	
<i>magnesium citrate, mag oxide oral capsule 250 mg</i>	Nivel 3	
MAGNESIUM COMPLEX ORAL TABLET 300 MG MAGNESIUM (magnesium carb, citrate, oxide)	Nivel 3	
<i>magnesium gluconate oral tablet 12.5 mg magnesium (250 mg), 30 mg (550 mg)</i>	Nivel 3	
<i>magnesium glycinate oral capsule 100 mg magnesium</i>	Nivel 3	
<i>magnesium oxide oral capsule 400 mg magnesium</i>	Nivel 3	
<i>magnesium oxide oral tablet 250 mg magnesium, 300 mg magnesium</i>	Nivel 3	
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg (241.3 mg magnesium), 420 mg, 500 mg magnesium</i>	Nivel 3	
<i>magnesium oxide oral tablet, chewable 200 mg magnesium</i>	Nivel 3	
OPTIMAG 125 ORAL CAPSULE 125 MG MAGNESIUM (magnesium amino acid chelate, magnesium malate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTIMAG NEURO ORAL CAPSULE 66.7 MG (magnesium amino acid chelate, malate, threonate)	Nivel 3	
OPTIMAG NEURO ORAL POWDER 200 MG MAGNESIUM/SCOOP (magnesium amino acid chelate, malate, threonate)	Nivel 3	
PUREVITA MAGNESIUM OXIDE ORAL TABLET 400 MG (241.3 MG MAGNESIUM) (magnesium oxide)	Nivel 3	
SLOWMAG MUSCLE RECOVERY ORAL TABLET,CHEWABLE 85 MG (magnesium citrate)	Nivel 3	
Analgesic Opioid Propoxyphene Combinations - Drugs For Nutrition		
LUGOLS ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Nivel 3	
<i>potassium iodide oral solution 1 gram/ml</i>	Nivel 1	
SSKI ORAL SOLUTION 1 GRAM/ML (potassium iodide)	Nivel 1	
STRONG IODINE ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Nivel 1	
XYMODINE ORAL CAPSULE 7,500-5,000 MCG (potassium iodide/iodine)	Nivel 3	
Analgesic Or Antipyretic Non-Opioid And Combinations - Drugs For Nutrition		
CHILDREN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.42)	Nivel 3	
INFANT-TODDLER MULTIVIT ORAL DROPS 250 MCG-50 MG- 10 MCG/ML (pediatric multivitamin no.192)	Nivel 3	
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN ORAL DROPS 250 MCG-50 MG- 10 MCG-5 MG/ML (pediatric multivitamin no.212)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LITTLE ANIMALS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.28)	Nivel 3	
<i>pediatric multivitamin no.171 oral drops 750 unit-35 mg- 400 unit/ml</i>	Nivel 3	
PEDIATRIC POLY-VITE ORAL DROPS 250 MCG-50 MG-10 MCG-5 MG/ML (pediatric multivitamin no.197)	Nivel 3	
PEDIATRIC TRI-VITE ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG - 400 UNIT/ML (vitamin A palmitate/ascorbic acid/cholecalciferol (vit D3))	Nivel 3	
POLY-VITA DROPS ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG- 400 UNIT/ML (pediatric multivitamin no.171)	Nivel 3	
<i>vit a palmitate-vit c-vit d3 oral drops 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml, 750 unit-35 mg -400 unit/ml</i>	Nivel 3	
Analgesic Or Antipyretic Non-Opioid/Sedative Combinations - Drugs For Nutrition		
DAVIMET WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.75 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.247/sodium fluoride)	Nivel 3	
FLORAFOL FE PEDIATRIC ORAL DROPS 0.25MG FLUORIDE -7 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.257/sodium fluoride/iron sulfate)	Nivel 3	
FLORAFOL PEDIATRIC MULTIVITAMI ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.257 with sodium fluoride)	Nivel 3	
FLORAFOL PEDIATRIC ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.251 with sodium fluoride)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG/ML (pediatric multivitamin no.2/sodium fluoride)	Nivel 3	
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG (pediatric multivitamins no.17 with sodium fluoride)	Nivel 3	
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.228 with sodium fluoride)	Nivel 3	
MULTIVIT-FLUORIDE (METAFOLOIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.219 with sodium fluoride)	Nivel 3	
POLY-VI-FLOR (ARCOFOLOIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.175 with fluoride)	Nivel 3	
POLY-VI-FLOR DROPS (ARCOFOLOIN) ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.220 with fluoride)	Nivel 3	
POLY-VI-FLOR DROPS ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.220 with fluoride)	Nivel 3	
POLY-VI-FLOR IRON DROP(ARCOFO) ORAL DROPS 0.25MG FLUORIDE -7 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.220/sodium fluoride/iron sulfate)	Nivel 3	
POLY-VI-FLOR W-IRON(ARCOFOLOIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG FLUORIDE -10 MG IRON (pediatric multivitamin no.175 with fluoride and iron)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG/ML, 0.5 MG/ML (pediatric multivitamin no.82 with sodium fluoride)	Nivel 3	
TRI-VITAMIN (A-D-FOL)-FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG/ML FLUORIDE (pediatric multivitamin no.265 with sodium fluoride)	Nivel 3	
Anticonvulsant - Carbamates - Drugs For Nutrition		
ADENO-HYDROXO B12 ORAL TABLET,DISINTEGRATING 2,500 MCG (hydroxocobalamin acetate/cobamamide)	Nivel 3	
B12 ACTIVE ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MCG (mecobalamin)	Nivel 3	
B12 SUBLINGUAL LOZENGE 5,000-100 MCG (cyanocobalamin/cobamamide)	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution 1,000 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) nasal spray,non-aerosol 500 mcg/spray</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral liquid 1,000 mcg/15 ml</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral lozenge 500 mcg</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet 1,000 mcg, 100 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet extended release 1,000 mcg, 2,000 mcg</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet,chewable 1,500 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual lozenge 3,000 mcg</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual tablet 1,000 mcg, 2,500 mcg, 5,000 mcg</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin-cobamamide sublingual tablet 5,000-100 mcg</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin-methylcobalamin sublingual drops 5,000 mcg/ml</i>	Nivel 3	
cyanocobalamin (vitamin B-12) (Dodex Injection Solution 1,000 Mcg/ML)	Nivel 1	
<i>hydroxocobalamin intramuscular solution 1,000 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) injection recon soln 10,000 mcg</i>	Nivel 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, chewable 1,000 mcg</i>	Nivel 3	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, chewable 5,000 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 3	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, disintegrating 5,000 mcg</i>	Nivel 3	
<i>mecobalamin (vitamin b12) sublingual tablet, disintegrating 1,000 mcg</i>	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN B12 ORAL DROPS 3,000 MCG/2 ML (mecobalamin)	Nivel 3	
Anticonvulsant - Hydantoins - Drugs For Nutrition		
COBALEFOL ORAL CAPSULE 1-1.4-1.6-16.3 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/B3/B6/B12/vit C/vit D3/vit E)	Nivel 3	
DEPLIN FC ORAL CAPSULE 15 MG (levomefolate calcium)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FOLETRA ORAL CAPSULE 1-1.4-1.6-16.3 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/B3/B6/B12/vit C/vit D3/vit E)	Nivel 3	
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg</i>	Nivel 3	
<i>folic acid oral tablet 800 mcg</i>	Nivel 0	
HYLAZINC ORAL TABLET 1 MG-1.5 MG- 1.7 MG-50 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/niacin/pyridoxine/B12/C/zinc)	Nivel 3	
<i>methylnetetrahydrofolate glucos oral capsule 1,700 mcg dfe, 680 mcg dfe, 8,500 mcg dfe</i>	Nivel 3	
MI-VITE RX ORAL TABLET 1-1.5-1.7-20-5 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/niacin/B5/B6/biotin/B12/vit C)	Nivel 3	
PUREVITA FOLIC ACID ORAL DROPS 200 MCG/ML (folic acid)	Nivel 3	
PUREVITA FOLIC ACID ORAL TABLET 400 MCG (folic acid)	Nivel 3	
Anticonvulsant - Oxazolidinediones - Drugs For Nutrition		
ACCRUFER ORAL CAPSULE 30 MG (ferric maltol)	Nivel 3	
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FERGON ORAL TABLET 225 MG (27 MG IRON) (ferrous gluconate)	Nivel 3	
FERRETTIS IPS ORAL CAPSULE 18 MG (iron succinyl-protein complex)	Nivel 3	
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>ferric glycinate oral liquid 18 mg iron/15 ml</i>	Nivel 3	
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 mg (106 mg iron)</i>	Nivel 3	
<i>ferrous gluconate oral tablet 324 mg (37.5 mg iron), 324 mg (38 mg iron)</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral drops 15 mg iron (75 mg)/ml</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral elixir 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral liquid 300 mg (60 mg iron)/5 ml</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral solution 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 mg (65 mg iron)</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral tablet extended release 142 mg (45 mg iron)</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral tablet, delayed release (dr/ec) 324 mg (65 mg iron)</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral tablet, delayed release (dr/ec) 325 mg (65 mg iron)</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FE-VITE ORAL DROPS 15 MG IRON (75 MG)/ML (ferrous sulfate)	Nivel 3	
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG IRON/5 ML (iron polysaccharide complex)	Nivel 3	
IRON (FERROUS SULFATE) ORAL TABLET 325 MG (65 MG IRON) (ferrous sulfate)	Nivel 3	
<i>iron bisglycinate chelate oral capsule 28 mg iron, 29 mg iron</i>	Nivel 3	
NEONATAL FE ORAL TABLET 90 MG-120 MG-12 MCG-1,000 MCG (iron,carbonyl/ascorbic acid/cyanocobalamin/folic acid)	Nivel 3	
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG IRON (iron polysaccharide complex)	Nivel 3	
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg iron</i>	Nivel 3	
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 137 MG (45 MG IRON) (ferrous sulfate)	Nivel 3	
SLOW RELEASE IRON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 142 MG (45 MG IRON), 143 MG (45 MG IRON) (ferrous sulfate)	Nivel 3	
TRIFERIC HEMODIALYSIS POWDER IN PACKET 272 MG IRON (ferric pyrophosphate citrate)	Nivel 3	
TRIFERIC HEMODIALYSIS SOLUTION 27.2 MG IRON/5 ML (ferric pyrophosphate citrate)	Nivel 3	
Anticonvulsant - Succinimides - Drugs For Nutrition		
BENTIVITE BX ORAL TABLET 35 MG IRON- 1 MG (ferrous sulfate/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CITRANATAL BLOOM ORAL TABLET 90-1-12-50 MG-MG-MCG-MG (iron carbonyl,gluc/folic acid/vit B12/vit C/docusate sodium)	Nivel 3	
FERIVA 21-7 ORAL TABLET 75 MG IRON-175 MG-1,667 MCGDFE, 75 MG IRON-175 MG-12 MCG-1 MG (iron asgly/ascorbic acid/vit B12/folate no.1/zinc/succinic)	Nivel 3	
FERIVA FA (WITH SUMALATE) ORAL CAPSULE 110 MG-175 MG- 1 MG-12 MCG (iron bisgly,aspart,fumarate/vit C/folate/B12/biotin/cupric)	Nivel 3	
GENTLE IRON ORAL CAPSULE 28 MG IRON-60MG -400 MCG-8 MCG (iron bis-glycinate chelate/ascorbic acid/folic acid/vit B12)	Nivel 3	
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG (ferrous fumarate/ascorbic acid/cyanocobalamin/folic acid)	Nivel 3	
HEMATOGEN ORAL CAPSULE 66 MG IRON- 250 MG-10 MCG (ferrous fumarate/ascorbic acid/cyanocobalamin)	Nivel 3	
HEMATRON-AF ORAL TABLET 150 MG-1,020 MCG DFE-500 MG, 150 MG-1,700 MCG DFE-500 MG (iron,carbonyl/levomefolate calcium/vit C/vit E/B12/B7/copper)	Nivel 3	
HEMAX ORAL TABLET 150 MG-1,020 MCG DFE-500 MG (iron,carbonyl/levomefolate calcium/vit C/vit E/B12/B7/copper)	Nivel 3	
IRON FOLATE PLUS ORAL CAPSULE 125 MG IRON- 1 MG (iron fumarate,polysac cplex/folic acid/vit B comp and C no.9)	Nivel 3	
<i>iron,carbonyl-vitamin c oral tablet 100-250 mg</i>	Nivel 3	
<i>iron,carbonyl-vitamin c oral tablet 65 mg iron- 125 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAXFE (FOLATE) ORAL TABLET 160 MG-1,700 MCG DFE-60 MCG (iron carb, glycinate/folate/B12/mag ascorbate/biotin/zinc)	Nivel 3	
NIFEREX (FERROUS ASPARTO GLYC) ORAL TABLET 75 MG IRON-175 MG-1,700 MCG DFE (iron asparto gly/vit C/vit B12/folate no.6/zinc/succinic)	Nivel 3	
NOVAFERRUM YAY IRON ORAL TABLET, CHEWABLE 18 MG IRON- 30 MG (iron polysaccharide complex/ascorbic acid)	Nivel 3	
PROTECT IRON LIQUID ORAL LIQUID 100 MG IRON-250 MG/5 ML (iron polysaccharide complex/ascorbic acid/vitamin B complex)	Nivel 3	
TULIVITE ORAL TABLET 35 MG IRON- 1 MG (ferrous sulfate/folic acid)	Nivel 3	
VITABEX IRON ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 50 MG-1 MG DFE (iron bisglycinate/C/methylfolate/B12/L. acidoph, plant/inulin)	Nivel 3	
VITRON-C ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 65 MG IRON- 125 MG (iron, carbonyl/ascorbic acid)	Nivel 3	
Anticonvulsants - Drugs For Nutrition		
saccharin powder	Nivel 3	
Antidementia - Nootropics - Drugs For Nutrition		
PUREVITA VITAMIN E ORAL DROPS 180 MG/2 ML (vitamin E)	Nivel 3	
vitamin e (dl, acetate) oral capsule 180 mg (400 unit), 45 mg (100 unit), 450 mg (1,000 unit)	Nivel 3	
vitamin e (dl, acetate) oral capsule 90 mg (200 unit)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>vitamin e (dl, acetate) oral drops 45 mg/0.25ml 100 unit/0.25ml</i>	Nivel 3	
<i>vitamin e acetate (bulk) liquid 125 unit/ml</i>	Nivel 3	
Anti-Obesity - Fat Absorption Decreasing Agents - Drugs For Nutrition		
<i>niacin (inositol niacinate) oral capsule 400 mg niacin (500 mg)</i>	Nivel 3	
<i>niacin (inositol niacinate) oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>niacin oral capsule 100 mg</i>	Nivel 3	
<i>niacin oral tablet 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>niacin oral tablet extended release 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>niacinamide oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>niacinamide oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 3	
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN B3 ORAL DROPS 35 MG/2 ML (niacinamide)	Nivel 3	
Anti-Obesity - Hormonal Agents - Drugs For Nutrition		
PUREVITA VITAMIN B2 ORAL DROPS 25 MG/2 ML (riboflavin (vitamin B2))	Nivel 3	
<i>riboflavin (vitamin b2) oral capsule 100 mg</i>	Nivel 3	
<i>riboflavin (vitamin b2) oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 3	
Anti-Obesity - Monoamine Reuptake Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>calcium pantothenate oral capsule 250 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PUREVITA VITAMIN B5 ORAL DROPS 20 MG/2 ML (calcium pantothenate)	Nivel 3	
Anti-Obesity - Serotonin Reuptake Inhibitors - Drugs For Nutrition		
PUREVITA VITAMIN B6 ORAL DROPS 25 MG/2 ML (pyridoxine HCl (vitamin B6))	Nivel 3	
<i>pyridoxine (vitamin b6) injection solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral tablet 10 mg</i>	Nivel 3	
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
Anti-Obesity Agents - Drugs For Nutrition		
<i>benfotiamine oral capsule 150 mg</i>	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN B1 ORAL DROPS 50 MG/2 ML (thiamine HCl)	Nivel 3	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) injection solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) oral capsule 100 mg</i>	Nivel 3	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 3	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 100 mg</i>	Nivel 3	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 3	
Attention Deficit-Hyperactivity (Adhd) Therapy, Stimulant-Type - Drugs For Nutrition		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/ML (ascorbic acid)	Nivel 3	
<i>ascorbate sodium (vitamin c) oral liquid 1,000 mg/15 ml</i>	Nivel 3	
<i>ascorbic acid (vitamin c) injection solution 500 mg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>ascorbic acid(vitamin c)(bulk) granules 100 %</i>	Nivel 3	
<i>ascorbic acid-ascorbate sodium oral tablet, chewable 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>ascorbic acid-zinc oxide oral capsule 90-50 mg</i>	Nivel 3	
BUFFERED C POWDER ORAL POWDER IN PACKET 3,000 MG (ascorbic acid/minerals)	Nivel 3	
EASY-C IMMUNE HEALTH ORAL TABLET 500 MG (ascorbate calcium/ascorbyl palmitate)	Nivel 3	
LIQUID C ORAL LIQUID 500 MG/5 ML (ascorbic acid)	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN C ORAL DROPS 100 MG/ML (ascorbic acid)	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN C ORAL TABLET, CHEWABLE 125 MG (ascorbic acid)	Nivel 3	
VITAJEY DAILY C ORAL TABLET, CHEWABLE 125 MG (ascorbic acid)	Nivel 3	
VITAMIN C WITH ROSE HIPS ORAL CAPSULE 500 MG (ascorbic acid)	Nivel 3	
VITAMIN C WITH ROSE HIPS ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (ascorbic acid)	Nivel 3	
XCELLENT C ORAL CAPSULE 750-7.5 MG (ascorbate calcium, magnesium, potassium/black pepper extract)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Carbacephem Antibiotics - Drugs For Nutrition		
ALTRIXA OB ORAL TABLET 15 MG IRON- 1,750 MCG DFE (prenatal vitamins no.181/ferrous fumarate/folate)	Nivel 3	
AZESCO ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Nivel 3	
MATERVIA ORAL CAPSULE 6.5 MG IRON- 500 MCG (prenatal vitamins no.178/iron bisglycinate/folic acid)	Nivel 3	
NATAL PNV ORAL TABLET 6 MG IRON- 833.5 MCG DFE (prenatal vitamins no.164/ferrous gluconate/folate no.6)	Nivel 3	
ONE-A-DAY PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG- 25 MG (prenatal vitamins no.167/folic acid/docosahexaenoic acid)	Nivel 3	
PNV TABS 20-1 ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.163/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 3	
PRENATAL GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (prenatal vitamins no.153/folic acid/omega3/dha/epa/fish oil)	Nivel 0	
PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG (prenatal vitamins no.144/folic acid)	Nivel 0	
PRENATE DHA (FERR ASP GLYCIN) ORAL CAPSULE 18 MG IRON-1 MG -300 MG (prenatal vitamins no.78/iron asparto glycin/folate no.1/dha)	Nivel 3	
PRENATE ELITE (IRON ASP GLYC) ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vits no.114/ferrous aspart glycinate/folate no.1)	Nivel 3	
PRENATE ELITE ORAL TABLET 26 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.36/ferrous fumarate/folate no.6)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATE MINI (FERR ASP GLYCIN) ORAL CAPSULE 18-1-350 MG (prenatal vits no.87/iron asp.glycinate,carb/folate no.1/dha)	Nivel 3	
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE 10 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.85/iron asparto glycine/folate no.1/dha)	Nivel 3	
PRENATE STAR ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.77/ferrous asparto glycinate/folic acid)	Nivel 3	
R-NATAL OB ORAL CAPSULE 20 MG IRON- 1 MG-320 MG (prenatal vitamins no.66/iron,carbonyl/folic acid/dha)	Nivel 3	
THERANATAL OVAVITE ORAL COMBO PACK 18-1-125 MG-MG-UNIT (prenatal vitamins no.74/ferrous fumarate/folic acid/coQ10)	Nivel 0	
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 3.33 MG IRON- 0.33 MG (prenatal vits no.112/iron phosph/folic acid/omega-3s/dha/epa)	Nivel 3	
ZALVIT ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Nivel 3	
ZIPHEX ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Nivel 3	
Central Alpha-2 Receptor Agonists - Drugs For Nutrition		
CARNITEX ORAL CAPSULE 340 MG (levocarnitine tartrate)	Nivel 3	
L-CARNITINE (TARTRATE) ORAL CAPSULE 500 MG (levocarnitine tartrate)	Nivel 3	
L-CARNITINE ORAL CAPSULE 500 MG (levocarnitine)	Nivel 3	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levocarnitine tartrate oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Combination Agents - Drugs For Nutrition		
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250 MG (ascorbic acid/multivitamin with minerals/herbal drugs)	Nivel 3	
EMERGEN-C ASHWAGANDHA ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250 MG (ascorbic acid/multivitamin with minerals/herbal drugs)	Nivel 3	
EMERGEN-C ELDERBERRY ORAL TABLET,CHEWABLE 133.3-16.7 MG, 250-16.7 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/elderberry fruit)	Nivel 3	
EMERGEN-C ENERGY PLUS ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250-50 MG (ascorbic acid/vitamin B complex/minerals/caffeine)	Nivel 3	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MG (ascorbic acid/multivit with minerals)	Nivel 3	
EMERGEN-C ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (ascorbic acid/ascorbate sodium/multivitamin with minerals)	Nivel 3	
EMERGEN-C TURMERIC GINGER ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250-100-150 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/turmeric/ginger root)	Nivel 3	
EMERGEN-C TURMERIC GINGER ORAL TABLET,CHEWABLE 83.3-33.3-16.6 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/turmeric/ginger root)	Nivel 3	
SAMBUCUS ELDERBERRY-VITAMIN C ORAL LOZENGE 250-12.5 MG (ascorbic acid/ascorbate sodium/elderberry fruit)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 3	
Cloruro De Sodio, Parenteral - Drugs For Nutrition		
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	Nivel 1	
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution	Nivel 1	
sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback	Nivel 1	
Cns Stimulant - Analeptics - Drugs For Nutrition		
biotin oral capsule 5 mg	Nivel 3	
biotin oral tablet 1 mg, 10 mg, 5 mg	Nivel 3	
biotin oral tablet,chewable 2,500 mcg	Nivel 3	
biotin oral tablet,chewable 5,000 mcg	Nivel 3	
biotin oral tablet,disintegrating 10,000 mcg, 5,000 mcg	Nivel 3	
HAIR, SKIN AND NAILS (BIOTIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 10,000 MCG (biotin)	Nivel 3	
VITAJEY Biotin Oral Tablet,CHEWABLE 2,500 MCG (biotin)	Nivel 3	
Cognitive Disorder Therapy - Antidementia - Drugs For Nutrition		
A-25 (VIT A PALMITATE) ORAL CAPSULE 7,500 MCG (25,000 UNIT) (vitamin A palmitate)	Nivel 3	
beta carotene oral capsule 7,500 mcg (25,000 unit)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PUREVITA VITAMIN A ORAL DROPS 3,000 MCG/2 ML (vitamin A palmitate)	Nivel 3	
<i>vitamin a oral capsule 3,000 mcg (10,000 unit)</i>	Nivel 3	
<i>vitamin a palmitate oral capsule 3,000 mcg (10,000 unit)</i>	Nivel 3	
Combinaciones De Amino Ácido-Amino Ácido, Oral - Drugs For Nutrition		
XYMOBOLX ORAL POWDER (amino acids)	Nivel 3	
Combinaciones De Bioflavonoides - Drugs For Nutrition		
ACTIFLOVIT ORAL TABLET 200-100 MG (bioflavonoid, lemon/vitamin B comp and C)	Nivel 3	
BIO C 1:1 ORAL CAPSULE 500-500 MG (ascorbic acid/bioflavonoids)	Nivel 3	
DIOVASC ORAL CAPSULE 500 MG (hesperidin/diosmin)	Nivel 3	
LIPO-FLAVONOID ORAL TABLET 500 MG (vit B complex and C/choline/inositol/bioflavonoid,lemon)	Nivel 3	
Combinaciones De Vitamina D Y Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
CHOLECAL DF ORAL TABLET 95 MCG (3,800 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX DOTREMIN ORAL TABLET 250 MCG (10,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX FOLDITAM ORAL TABLET 250 MCG (10,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX FOLIXAPURE ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX FOLIXATE ORAL TABLET 125 MCG- 1,700 MCG DFE (cholecalciferol (vit D3)/levomefolate calcium)	Nivel 3	
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX FOLTREXYL ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	
FOLIC D3 ORAL CAPSULE 94.38 MCG(3,775 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	
OSTACHOL ORAL TABLET 95 MCG (3,800 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	
Diluyentes - Cloruro De Sodio - Drugs For Nutrition		
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride injection syringe 0.9 %</i>	Nivel 1	
Diluyentes - Soluciones Diluyentes De Insulina - Drugs For Nutrition		
DILUTING MEDIUM FOR NOVOLOG INJECTION SOLUTION (diluent,insulin aspart combination no.1)	Nivel 3	
Dmard - Antimetabolites - Drugs For Nutrition		
IS-ZC 50 ORAL TABLET 50 MG (zinc citrate, zinc oxide)	Nivel 3	
PEPCIX ORAL TABLET,CHEWABLE 16 MG (polaprezinc (zinc carnosine))	Nivel 3	
<i>zinc amino acid chelate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 3	
<i>zinc citrate oral tablet,chewable 11 mg, 16.7 mg</i>	Nivel 3	
<i>zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>zinc glycinate oral capsule 20 mg</i>	Nivel 3	
<i>zinc glycinate oral tablet, chewable 7.5 mg</i>	Nivel 3	
<i>zinc sulfate oral capsule 50 mg zinc (220 mg)</i>	Nivel 3	
<i>zinc sulfate oral tablet 50 mg zinc (220 mg)</i>	Nivel 3	
Dmard - Pyrimidine Synthesis Inhibitors - Drugs For Nutrition		
ZINC BALANCE ORAL CAPSULE 15-1 MG (zinc methionine sulfate/copper gluconate)	Nivel 3	
<i>zinc gluc, oxide-ascorbic acid oral tablet, disintegrating 15-60 mg</i>	Nivel 3	
General Anesthetic - Inhalant - Drugs For Nutrition		
<i>inositol oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
General Anesthetic - Parenteral, Barbiturates - Drugs For Nutrition		
PHENEX-1 ORAL POWDER 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (infant formula for PKU, iron, no.2)	Nivel 3	
Immunosuppressive - Purine Analogs - Drugs For Nutrition		
GLUTAREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, glutaric aciduria type 1)	Nivel 3	
Lavados De Cloruro De Sodio - Drugs For Nutrition		
AQUASTAT 0.9% SODIUM CHLORIDE INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AQUASTAT SFR 0.9% SODIUM CHLOR INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 3	
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9 INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 1	
MONOJECT 0.9% SODIUM CHLORIDE INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 3	
MONOJECT PREFILL ADVANCED NS INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 3	
NORMAL SALINE FLUSH INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 1	
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % (flush) injection syringe</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Nivel 1	
Local Anesthetic - Esters - Drugs For Nutrition		
GI PROTECT ORAL POWDER 2 GRAM-25 KCAL /SCOOP (whey protein concentrate)	Nivel 3	
IGG 2000 CWP ORAL CAPSULE 500 MG (whey protein concentrate)	Nivel 3	
IGG 2000 CWP ORAL POWDER 4 GRAM-20 KCAL /5 GRAM (whey protein concentrate)	Nivel 3	
IGG PURE ORAL POWDER 8 GRAM-40 KCAL /SCOOP (whey protein concentrate)	Nivel 3	
JUVEN (WITH COLLAGEN) ORAL POWDER IN PACKET 7-7-1.5 GRAM (arginine/glutamine/calcium HMB/collagen/multivitamin-mineral)	Nivel 3	
NEW ZEALAND WHEY PROTEIN ORAL POWDER 15 GRAM-70 KCAL/16.9 GRAM (whey protein isolate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROCEL SINGLES ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM-26 KCAL (whey protein concentrate)	Nivel 3	
PROSOURCE ORAL PACKET 7.5 GRAM (calcium caseinate/whey)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Miscellaneous Other - Drugs For Nutrition		
CYCLINEX-2 ORAL POWDER 15 GRAM-440 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, urea cycle disorder)	Nivel 3	
EAA UCD ORAL POWDER IN PACKET 40 GRAM-310 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, urea cycle disorder)	Nivel 3	
Migraine Therapy - Serotonin (5-Ht) Receptor Antagonists - Drugs For Nutrition		
BIOLYTE ORAL LIQUID (electrolytes/dextrose/multivit/amino/ginger/milk thistle)	Nivel 3	
BIOLYTE ORAL POWDER IN PACKET (electrolytes/dextrose/multivit/amino/ginger/milk thistle)	Nivel 3	
CERASPORT ENDURANCE ORAL POWDER IN PACKET 400 MG-160 MG/42 GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice/whey)	Nivel 3	
CERASPORT EX1 ORAL POWDER 200 MG-100 MG- 20 KCAL/6 GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice syrup)	Nivel 3	
CERASPORT PLUS ORAL POWDER IN PACKET 230 MG-85 MG- 120 KCAL/31GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice syrup)	Nivel 3	
<i>electrolytes-dextrose oral packet</i>	Nivel 3	
<i>electrolytes-dextrose oral solution</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENSURE RAPID HYDRATION ORAL POWDER IN PACKET 30 MEQ-10 MEQ- 25 MEQ-11 GRAM (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Nivel 3	
HYDRALYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Nivel 3	
HYDRALYTE PLUS ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000-300 MG (electrolytes/dextrose/ascorbic acid/elderberry fruit)	Nivel 3	
HYDRATING ELECTROLYTE ORAL PACKET (electrolytes/dextrose)	Nivel 3	
HYDRATING ELECTROLYTE SF ORAL POWDER IN PACKET (electrolytes,oral/multivitamin/amino acids)	Nivel 3	
HYDRATION MULTIPLI SUGAR FREE ORAL PACKET (electrolytes)	Nivel 3	
HYDRATION MULTIPLIER IMMUNE ORAL POWDER IN PACKET 504 MG (electrolytes,oral/dextrose/vitamin B complex/ascorbic acid)	Nivel 3	
KINDERLYTE HERBAL IMMUNITY ORAL POWDER IN PACKET 270 MG-25 MCG- 140 MG-50 MG (electrolytes/dextr/vit C/vit D3/turmeric rt xt/elderberry fr)	Nivel 3	
ORALYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Nivel 3	
PEDIALYTE ELECTROLYTE ORAL POWDER IN PACKET 11.25-5-8.75 MEQ (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Nivel 3	
PEDIALYTE ELECTROLYTE WATER ORAL SOLUTION (electrolytes)	Nivel 3	
PEDIALYTE SPARKLING RUSH ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 28.3 MEQ-18.2 MEQ-16.6 MEQ (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEDIATRIC ELECTROLYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Nivel 3	
Minerales Y Electrolitos - Cloruro De Sodio, Oral - Drugs For Nutrition		
<i>sodium chloride tablet, soluble 1,000 mg</i>	Nivel 3	
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Magnesio - Drugs For Nutrition		
<i>magnesium citrate-lemon balm oral tablet, chewable 66.6-25 mg</i>	Nivel 3	
MAGNESIUM OPTIMIZER ORAL TABLET 50-25-175-1 MG (magnesium malate/potassium citrate/taurine/pyridoxal)	Nivel 3	
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Potasio - Drugs For Nutrition		
<i>mag citrate-potassium citrate oral capsule 70-99 mg</i>	Nivel 3	
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Sustitutos De Calcio/Vitamina D - Drugs For Nutrition		
ALIVE CALCIUM-VITAMIN D3 ORAL TABLET, CHEWABLE 260 MG CALCIUM- 25 MCG-50 MG (calcium phosphate, tribasic/vitamin D3/herbal complex no.293)	Nivel 3	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral capsule 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	Nivel 3	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet 1,000 mg-20 mcg (800 unit)</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet 250 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-15 mcg (600 unit), 500 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-20 mcg (800 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	Nivel 3	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet,chewable 500 mg-10 mcg (400 unit)</i>	Nivel 3	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet,chewable 500 mg-2.5 mcg (100 unit)</i>	Nivel 3	
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 200 mg-6.25 mcg (250 unit), 315 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-6.25 mcg (250 unit)</i>	Nivel 3	
<i>calcium phosphate-vitamin d3 oral tablet,chewable 250 mg-10 mcg (400 unit)</i>	Nivel 3	
CALTRATE 600 PLUS D ORAL TABLET,CHEWABLE 600 MG-20 MCG (800 UNIT) (calcium carbonate/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
CALTRATE GUMMY BITES ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MG-10 MCG (400 UNIT) (calcium phosphate, tribasic/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
OYSTER SHELL CALCIUM-VIT D3 ORAL TABLET 500 MG-5 MCG (200 UNIT) (calcium carbonate/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
YOGURT PLUS CALCIUM GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MG-2.5 MCG (100 UNIT) (calcium phosphate, tribasic/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Minerales Y Electrolitos - Minerales Múltiples - Drugs For Nutrition		
MINREX ORAL CAPSULE 25-100 MG (minerals/potassium glycinate/betaine hydrochloride)	Nivel 3	
Minerales Y Electrolitos - Potasio, Oral - Drugs For Nutrition		
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 10 MEQ, 20 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Nivel 3	
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 25 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con 10 Oral Tablet Extended Release 10 Meq)	Nivel 3	
KLOR-CON 8 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ (potassium chloride)	Nivel 3	
potassium chloride (Klor-Con M10 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 10 Meq)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con M15 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 15 Meq)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con M20 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 20 Meq)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con Oral Packet 20 Meq)	Nivel 3	
KLOR-CON/EF ORAL TABLET, EFFERVESCENT 25 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Nivel 3	
POKONZA ORAL PACKET 10 MEQ (potassium chloride)	Nivel 3	
<i>potassium aa (bisglycinate) oral capsule 99 mg</i>	Nivel 3	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium gluconate oral tablet 595 mg (99 mg)</i>	Nivel 3	
Minerales Y Electrolitos - Trazas De Minerales - Drugs For Nutrition		
BORON COMPLEX ORAL CAPSULE 3 MG (boron aspartate)	Nivel 3	
<i>chromium nicotinate oral capsule 200 mcg</i>	Nivel 3	
<i>chromium picolinate oral tablet 1,000 mcg</i>	Nivel 3	
<i>chromium picolinate oral tablet 200 mcg</i>	Nivel 3	
<i>copper gluconate oral tablet 2 mg</i>	Nivel 3	
<i>selenium oral capsule 200 mcg</i>	Nivel 3	
<i>selenium oral tablet 200 mcg, 50 mcg</i>	Nivel 3	
<i>selenomethionine oral capsule 200 mcg</i>	Nivel 3	
Multivitamínicos - Drugs For Nutrition		
ADEK GUMMIES PLUS ZINC ORAL TABLET, CHEWABLE 2,400 MCG-18.75 MCG-67MG-400MCG (vitamin A/cholecalciferol (vit D3)/vit E/vit K1/zinc ascorb)	Nivel 3	
ALTRIXA ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin combination no.61/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CENTRUM ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
CENTURY ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
CERTAVITE-ANTIOXIDANT ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DAILY MULTIVITAMIN-MINERALS ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 3	
DAVIMET-M ORAL TABLET,CHEWABLE 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.35/levomefolate calcium)	Nivel 3	
DERMACINRX DAVIMET ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MCG (multivitamin combination no.58/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.35/levomefolate calcium)	Nivel 3	
ENBRACE HR ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 1.5 MG IRON- 8.73 MG-6.4 MG (multivit no.41/iron cysteine glycinate/folate no.8/phosph-dha)	Nivel 3	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 3	
HI-D ADEK GUMMIES PLUS ZINC ORAL TABLET,CHEWABLE 2,400 MCG-62.5 MCG-67 MG (vitamin A/cholecalciferol (vit D3)/vit E/vit K1/zinc ascorb)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HIGH POTENCY MULTIVIT (W-IRON) ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 3	
MICRONEX ORAL CAPSULE 400 MCG (multivitamin combination no.63/folic acid)	Nivel 3	
MINI MULTIVITAMINS-IRON ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
<i>multivitamin oral tablet</i>	Nivel 3	
NESTABS ONE ORAL CAPSULE 38-1-225 MG (multivit 42/iron b-g che,carbonyl/methyltetrahydrofolate/dha)	Nivel 3	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 3	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG-1,700 MCG DFE-225 MG (multivitamin comb no.42/iron,carbonyl/levomefolate/dha)	Nivel 3	
ONE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET (multivitamin)	Nivel 3	
ONE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 3	
ONEVITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 3	
PNV-DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Nivel 3	
PRENATAL-U ORAL CAPSULE 106.5-1 MG (multivitamin combination no.51/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATE AM ORAL TABLET 1-500 MG (multivit no.38/methyltetrahydrofolate glucos,folic acid/ginger)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATE CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (multivitamin no.36/methyltetrahydrofolate gluc,folic acid)	Nivel 3	
PRENATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.45/iron fumarate/folate comb no.6/dha)	Nivel 3	
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.46/iron fumarate/folate comb. no.6/dha)	Nivel 3	
PRENATE ESSENTIAL(IRON-ASP-GL) ORAL CAPSULE 18 MG IRON- 1 MG-300 MG (multivitamin no.40/iron asparto glycinate/folate no.1/dha)	Nivel 3	
PREV-RX ORAL TABLET 1,000-25-20 MCG (folic acid/vit B12/D3/vit E succ/calcium/phosphatidylcholine)	Nivel 3	
SPECTRAVITE ADULT ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
SPECTRAVITE WOMEN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
TAB-A-VITE ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 3	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG (multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
THEREMS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 3	
TRIVIA COMPLETE ORAL CAPSULE 400 MCG (multivitamin combination no.63/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WESCAP-PN DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG - 300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Nivel 3	
WOMEN'S DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
ZATEAN-PN DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG - 300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Nivel 3	
Nsaid Analgesics And Nsaid Combinations - Drugs For Nutrition		
PHOSPHOROUS SUPPLEMENT ORAL POWDER IN PACKET 280-160-250 MG (sodium phosphate/potassium phosphates, monobasic and dibasic)	Nivel 3	
<i>potassium, sodium phosphates oral powder in packet 280-160-250 mg</i>	Nivel 3	
WES-PHOS 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (sodium phosphate,dibasic/pot phos,monob/sod phosphate mono)	Nivel 3	
Opioid Reversal Agents - Opioid Antagonists - Drugs For Nutrition		
ELDERTONIC ORAL LIQUID 3.6 MG-0.75 MG /15 ML (vitamin B complex/zinc sulfate/manganese sulfate)	Nivel 3	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Acidemia Isovalérica - Drugs For Nutrition		
I-VALEX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for isovaleric acidemia with iron)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Acidemia Propiónica - Drugs For Nutrition		
MMA-PA GEL ORAL POWDER IN PACKET 41.7 GRAM-338 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for propionic acidemia with iron)	Nivel 3	
PROPIMEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL (nutritional therapy for propionic acidemia with iron)	Nivel 3	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Fenilcetonuria (Pku) - Drugs For Nutrition		
GLYTACTIN BETTERMILK 5-5 ORAL POWDER 38 GRAM-400 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for PKU no.64)	Nivel 3	
NEOPHE ORAL POWDER 60 GRAM-345 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU), no.38)	Nivel 3	
PHENEX-1 ORAL POWDER 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (infant formula for PKU, iron, no.2)	Nivel 3	
PHENEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL/100 G (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU) with iron no.1)	Nivel 3	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Msud - Drugs For Nutrition		
ISOLEUCINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	
ISOLEUCINE AMINO ACID SUPPLMNT ORAL POWDER IN PACKET 50 MG/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KETONEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL (nutritional therapy for MSUD with iron)	Nivel 3	
METHIONINE ORAL POWDER IN PACKET 100 MG/4 GRAM (methionine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	
MSUD GEL POWDER ORAL POWDER IN PACKET 41.7 GRAM-338 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for MSUD with iron)	Nivel 3	
Producto Nutricional - Fórmula Específica Libre De Metionina - Drugs For Nutrition		
HCU GEL POWDER ORAL POWDER IN PACKET 41.7 GRAM-338 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Nivel 3	
HCU MAXAMUM ORAL POWDER 40 GRAM-305 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Nivel 3	
HOMINEX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Nivel 3	
Producto Nutricional - Fórmula Específica Para Condición Médica - Drugs For Nutrition		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Nivel 4	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 4	PA
<i>ribose oral powder 10 kcal /2 gram (scoop)</i>	Nivel 3	
Producto Nutricional - Fórmula Específica Para Tirosinemia - Drugs For Nutrition		
TYREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for tyrosinemia with iron)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Producto Nutricional - Lípidos Otros - Drugs For Nutrition		
DOJOLVI ORAL LIQUID 8.3 KCAL/ML (triheptanoin)	Nivel 4	PA
MCT OIL ORAL OIL 14 GRAM-120 KCAL/15 ML (medium chain triglycerides)	Nivel 3	
<i>medium chain triglycerides oral oil 14 gram-130 kcal/15 ml</i>	Nivel 3	
Producto Nutricional - Terapia Nutricional - Drugs For Nutrition		
ALFAMINO JUNIOR ORAL POWDER 14 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 3	
BOOST GLUCOSE CONTROL ORAL LIQUID 0.07-0.8 GRAM-KCAL/ML (nutritional tx. glucose intolerance,lactose-free,soy/fiber)	Nivel 3	
ELECARE JR ORAL POWDER 14.4 GRAM-493 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 3	
ENSURE CLEAR THERAPEUTIC ORAL LIQUID 0.035-1 GRAM-KCAL/ML (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 3	
ENSURE SURGERY ORAL LIQUID 0.08-1.4 GRAM-KCAL/ML (nutritional therapy, compromised immune system, regular)	Nivel 3	
ENSURE SURGERY PERIOP BUNDLE ORAL LIQUID 0.08 GRAM- 1.4 KCAL/ML (nut.tx.compromised immune system, reg-maltodextrin-fructose)	Nivel 3	
FRUITIVITS ORAL POWDER IN PACKET (nut.tx. metabolic disorder,reg/multivit with iron, minerals)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCERNA 1.5 CAL ORAL LIQUID 0.08-1.5 GRAM-KCAL/ML (nutritional tx. glucose intolerance,lactose-free,soy/fiber)	Nivel 3	
GLUCERNA HUNGER SMART ORAL LIQUID (nutritional therapy, glucose intolerance,lactose-free,soy)	Nivel 3	
GLUCERNA SNACK BAR ORAL BAR 11 GRAM-160 KCAL/40 GRAM (nutritional therapy, glucose intolerance,soy)	Nivel 3	
GLUTAREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, glutaric aciduria type 1)	Nivel 3	
IMPACT ADVANCED RECOVERY ORAL LIQUID 0.1 GRAM-1.12 KCAL/ML (nutritional therapy, compromised immune system, regular)	Nivel 3	
MCT PRO-CAL ORAL PACKET (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 3	
NEOCATE JUNIOR WITH PREBIOTICS ORAL POWDER 14.8 GRAM-472 KCAL/100 GRAM (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Nivel 3	
NEPRO CARB STEADY ORAL LIQUID 0.08 GRAM-1.8 KCAL/ML (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-reduced)	Nivel 3	
OPTICLEANSE GHI ORAL POWDER IN PACKET 26 GRAM-210 KCAL, 26 GRAM-230 KCAL (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 3	
PEPTAMEN JUNIOR PHGG ORAL LIQUID 0.036 GRAM-1.2 KCAL/ML (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 3	
PROVIMIN ORAL POWDER 73 GRAM-313 KCAL/100 GRAM (nutritional supplement)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RENAMENT ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM- 210 KCAL (nutritional therapy, impaired renal function)	Nivel 3	
RESTORE FUSION RENAL SUPPORT ORAL POWDER 2 GRAM-100 KCAL /21 GRAM (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-free)	Nivel 3	
RESTORE RENAL SUPPORT ORAL POWDER 2 GRAM-100 KCAL /21 GRAM (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-free)	Nivel 3	
SUPLENA CARB STEADY ORAL LIQUID 0.04 GRAM-1.8 KCAL/ML (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-reduced)	Nivel 3	
VITAL AF 1.2 CAL ORAL LIQUID 0.08 GRAM- 1.2 KCAL/ML (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Nivel 3	
VITAL PEPTIDE 1.5 CAL ORAL LIQUID 0.07 GRAM- 1.5 KCAL/ML (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Nivel 3	
VIVONEX PEDIATRIC ORAL POWDER 12 GRAM-412 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 3	
Reductores De Electrolitos - Resina De Intercambio De Iones - Drugs For Nutrition		
sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution (Kionex (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Nivel 1	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM (sodium zirconium cyclosilicate)	Nivel 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i>	Nivel 1	
sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution (Sps (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 3	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 8.4 GRAM (patiomer calcium sorbitex)	Nivel 3	PA
Salicylate Analgesics - Drugs For Nutrition		
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S ORAL TABLET 8 MG IRON- 400 MCG-50 MCG (multivit-calc-min/ferrous fumarate/folic acid/vit K1/lutein)	Nivel 3	
ACTIVNUTRIENTS (NO IRON) ORAL CAPSULE 170 MCG DFE (multivit with minerals/methyltetrahydrofolate glucosamine)	Nivel 3	
ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.75 MG- 85 MCG DFE (multivitamin-minerals no.98/ferric glycinate/m-hydrofolate)	Nivel 3	
ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN ORAL POWDER 340 MCG DFE- 15 MCG/3 GRAM (multivit with minerals/methyltetrahydrofolate glucosa/vit K2)	Nivel 3	
ACTIVNUTRIENTS ORAL CAPSULE 1.25 MG IRON- 170 MCG DFE (multivit with min/iron bis-gly/methyltetrahydrofolate gluc)	Nivel 3	
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE ORAL CAPSULE 72.25 MCG DFE- 22.5 MG (multivit-min/folate no.11/milk thistle seed extract/herbs)	Nivel 3	
ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON) ORAL CAPSULE 170 MCG DFE (multivit with minerals/leucovorin calc,m-folate glucosamine)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH ORAL CAPSULE 250-5-1 MG (vit C,E,copper,zinc 11/omega-3/dha/epa/fish/lutein/zeaxanth)	Nivel 3	
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG, 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
ADULTS 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 3	
ADULTS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 3	
ALIVE ADULT ULTRA POTENCY ORAL TABLET 18 MG IRON- 400 MCG-120 MCG (multivit-min/ferrous fumarate/folic acid/vit K1/herb no.354)	Nivel 3	
ALIVE COMPLETE PREMIUM PRENATL ORAL CAPSULE 13.5 MG IRON- 200 MCG-100 MG (mv-mins no.108/iron fumarate/folic acid/dha/Schiz algal oil)	Nivel 3	
ALIVE DAILY ENERGY ORAL TABLET 18 MG IRON- 240 MCG-40 MCG (multivit-min/iron/folic/K1/resveratrol/lutein/herbal no.293)	Nivel 3	
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET 120-100 MCG (multivit with minerals/folic acid/lutein/herbal comp no.329)	Nivel 3	
ALIVE ENERGY 50 PLUS ORAL TABLET 240-45-900-250 MCG (multivit-min/folic acid/K1/resveratrol/lutein/herbal no.293)	Nivel 3	
ALIVE MAX POTENCY ORAL LIQUID 300-80 MCG/30 ML (multivitamin-minerals/folic/vitamin K/herbal no.332)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIVE MAX6 POTENCY COMPLETE ORAL CAPSULE 3 MG IRON- 66.67 MCG DFE (multivit-min/iron/methyltetrahydrofolate/vit K/herb no.335)	Nivel 3	
ALIVE MEN 50 PLUS ULTRA-LUTEIN ORAL TABLET 240-120 MCG (multivit with minerals/folic acid/vitamin K1/herbal no.328)	Nivel 3	
ALIVE MEN'S 50 PLUS MULTIVIT ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-150 MCG -50 MG (multivit with minerals/folic/lutein/herbal complex no.293)	Nivel 3	
ALIVE MEN'S 50 PLUS MV (VIT K) ORAL TABLET 240-120-300 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Nivel 3	
ALIVE MEN'S 50 PLUS ULTRA ORAL TABLET 800 MCG DFE- 120 MCG (multivit-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.328)	Nivel 3	
ALIVE MEN'S ENERGY ORAL TABLET 240-120-100 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Nivel 3	
ALIVE MEN'S GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG- 50 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Nivel 3	
ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY ORAL TABLET 133.3 MCG DFE- 40 MCG (multivit-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.330)	Nivel 3	
ALIVE MEN'S ULTRA POTENCY ORAL TABLET 400 MCG DFE- 120 MCG (multivitamin-min/methyltetrahydrofolate/vitamin K/herbal 334)	Nivel 3	
ALIVE PREMIUM ADULT ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 66.7 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIVE PREMIUM PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-25 MG- 66.7 MG (multivitamin-minerals no.45/folic acid/dha/herbal no.293)	Nivel 3	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS COMPLETE ORAL TABLET 240-120-300 MCG (multivit-minerals/folic acid/vitamin K1/lutein/herbs)	Nivel 3	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-150 MCG -37.5 MG (multivit with minerals/folic/lutein/herbal complex no.293)	Nivel 3	
ALIVE WOMEN'S ENERGY ORAL TABLET 18 MG IRON-240 MCG-120 MCG (multivit,calcium,minerals/iron/folic acid/vit K/herb no.293)	Nivel 3	
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG- 37.5 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Nivel 3	
ALIVE WOMEN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET 4.5 MG IRON- 120 MCG-60 MCG (multivit-min/ferrous fumarate/folic acid/vit K1/herb no.352)	Nivel 3	
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY ORAL TABLET 18 MG-800 MCG DFE-150 MCG (multivit-min/iron/methyltetrahydrofolate/vit K/herb 333)	Nivel 3	
ALPHA BETIC ORAL TABLET 240 MCG- 100 MG (multivitamin with minerals/folic acid/alpha lipoic acid)	Nivel 3	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM) ORAL TABLET 8,333-167-133 UNIT-MG-UNIT (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/selenium yeast)	Nivel 3	
BARIATRIC MULTIVITAMINS ORAL CAPSULE 45 MG IRON-800 MCG DFE-120 MCG (multivit-min/ferrous fumarate/methyltetrahydrofolate/vit K1)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL CAPSULE 166.6-83.3-33.3 MG (multivit-min/yeast/astragalus root xt/ginger root xt/herbs)	Nivel 3	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL POWDER 499.99-249.99 MG/SCOOP (multivit-min/yeast/astragalus root xt/ginger root xt/herbs)	Nivel 3	
CENTRUM ADULT 50 PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
CENTRUM ADULTS ORAL TABLET,CHEWABLE 12 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
CENTRUM CHEWABLES ORAL TABLET,CHEWABLE 8 MG-400 MCG- 80 MCG (multivitamin with minerals/iron,carbonyl/folic acid/vit K1)	Nivel 3	
CENTRUM MENOPAUSE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG-30 MCG- 30 MG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/genistein)	Nivel 3	
CENTRUM MINIS ADULTS 50 PLUS ORAL TABLET 200-15-150-125 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 3	
CENTRUM MINIS MEN 50 PLUS ORAL TABLET 150-30-300-150 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 3	
CENTRUM MINIS WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 4 MG IRON-200 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Nivel 3	
CENTRUM MULTI MENTAL FOCUS ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 25 MG (multivitamin with minerals/folic acid/cafeine)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CENTRUM MULTI PLUS BEAUTY ORAL TABLET,CHEWABLE 80-1,250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Nivel 3	
CENTRUM MULTI PLUS OMEGA-3 ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG-12.5 MCG -23.5 MG (multivitamin with min/folic acid/D3/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
CENTRUM MULTIGUMMIES MEN ORAL TABLET,CHEWABLE 12 MCG, 42 MCG, 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
CENTRUM MULTIGUMMIES WOMEN ORAL TABLET,CHEWABLE 42 MCG, 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
CENTRUM ORAL LIQUID 9 MG IRON/15 ML (multivitamin with minerals/ferrous gluconate)	Nivel 3	
CENTRUM POSTNATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 115 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (multivit-min no.114/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
CENTRUM PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (multivitamin-min no.115/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
CENTRUM SILVER ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 3	
CENTRUM WOMEN IMMUNE MINIS ORAL TABLET 9 MG IRON- 200 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 3	
CENTURY ADULT FORMULA ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CENTURY MATURE ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG-250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 3	
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG-250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 3	
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -200 MG (mv with minerals no.102/iron carbonyl,fumarate/folic ac/dha)	Nivel 3	
COMPLETE MV ADULT 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 3	
CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM (multivitamin with minerals/B. coagulans/B. subtilis/inulin)	Nivel 3	
DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
DAVIMET WITH IRON ORAL TABLET,CHEWABLE 11 MG IRON- 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.62/iron chelate/levomefolate)	Nivel 3	
DAYAVITE ORAL TABLET 1-75-10 MG (multivitamin with minerals no.90/folic acid/ALA/coQ10)	Nivel 3	
DERMACINRX DEXATRAN ORAL CAPSULE 18 MG IRON- 1 MG (multivitamin-minerals no.73/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX FOLIFLEX ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX FOLITIN-Z ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VENEXA FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VENEXA ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VENTRIXYL FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VENTRIXYL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VITRAMYN ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VITRANOL FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VITRANOL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VITREXATE FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX VITREXATE ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET 9 MG IRON-500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
DIATROL ORAL TABLET 1,700 MCG DFE- 90 MCG (multivitamin-minerals no.105/levomefolate calcium/vit K1)	Nivel 3	
ELITE-OB ORAL TABLET 50 MG IRON- 1.25 MG (multivitamin with minerals no.69/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 3	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN ORAL TABLET 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG (beta-carotene(A) w-C and E/lutein/minerals)	Nivel 3	
EYE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/zinc oxide/cupric oxide)	Nivel 3	
FINAZOL ORAL TABLET 18 MG IRON- 1,700 MCG DFE (multivitamin with min no.109/ferrous fumarate/levomefolate)	Nivel 3	
FOLAGENT DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (multivit-min 96/iron,carbonyl/folic/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
FOLAMAX ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 3	
FOLAMED DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (multivit-min 96/iron,carbonyl/folic/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FOLAPRIME ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 3	
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE 85-1 MG (mv-mins no.74/ferrous fumarate/iron ps cplx/folic acid)	Nivel 3	
GENADEK STEP 1 ORAL CAPSULE 200 MCG-1,000 MCG-10 MG (multivit with minerals no.81/folic acid/vit K1/ubidecarenone)	Nivel 3	
GENADEK STEP 2 ORAL CAPSULE 200 MCG-1,000 MCG-10 MG (multivit with minerals no.82/folic acid/vit K1/ubidecarenone)	Nivel 3	
HAIR, SKIN AND NAILS (HERBS) ORAL CAPSULE 120-1,250-60 MCG (multivit-min/folic acid/biotin/vit K1/collagen/herbal no.353)	Nivel 3	
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-BIOTIN) ORAL CAPSULE 133.3 MCG- 1,666.7 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Nivel 3	
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-BIOTIN) ORAL TABLET 100-1,500 MCG, 66.7-1,666.7 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Nivel 3	
IMMUNERX ORAL CAPSULE 250 MCG (multivitamin with minerals no.88/folic acid)	Nivel 3	
KEYFOLIC ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 3	
LIQUID MULTIVITAMIN ORAL LIQUID 9 MG IRON/ 15 ML (15 ML) (multivitamin with minerals/ferrous gluconate)	Nivel 3	
LIVITA FOR ADULT ORAL LIQUID 1,700 MCG DFE- 500 MG/15 ML (multivitamin-minerals no.103/levomefolate calcium/inulin)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LUTEIN PLUS WITH ZEAXANTHIN ORAL TABLET 1,500 MCG-60 MG -20 MG-15 MG (betacarotene/vit C/vit E/zinc ox/cupric ox/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 300-60-600-300 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 3	
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400-20-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 3	
MEN'S DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
MEN'S DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 8 MG IRON-200 MCG-600 MCG (multivits with calcium and minerals/iron/folic acid/lycopene)	Nivel 3	
MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
MEN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET 200-60-600 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 3	
MULTI PRO ORAL CAPSULE 32 MG IRON-1 MG -315 MG (multivit-mins no.85/iron/folic acid/dha/Lactobacillus casei)	Nivel 3	
MULTIA DAILY MULTIVITAMIN ORAL CAPSULE 4.5 MG IRON- 500 MCG (mv-mn/iron,carbonyl/folic/om3/fish/lycopene/lutein/zeaxanth)	Nivel 3	
MULTITOL-M ORAL TABLET 2,040 MCG DFE (multivitamin with minerals no.106/levomefolate calcium)	Nivel 3	
<i>multivit with min-folic acid oral tablet 0.4 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>multivit with min-folic acid oral tablet, chewable 120 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 3	
<i>multivit, calc, min-fa-k1-lycop oral tablet 240 mcg-30 mcg-300 mcg</i>	Nivel 3	
MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET, CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
MULTIVITAMIN WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Nivel 3	
<i>multivit-min-ferrous fumarate oral tablet 15 mg iron</i>	Nivel 3	
<i>multivit-min-ferrous gluconate oral liquid 9 mg iron/15 ml</i>	Nivel 3	
MVW MODULATOR FORMUL MULTIVIT ORAL CAPSULE 6,000 MCG-400MG -37.5 MCG (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Nivel 3	
MVW MODULATR FORM MINI MULTIVIT ORAL CAPSULE 3,000 MCG-200MG -18.75 MCG (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Nivel 3	
NANOVM ADULT ORAL POWDER 1 MG-50 MCG DFE -15.5 MCG (multivit-min/sodium ferredetate/levomefolate/vit K1/vit K2)	Nivel 3	
NEOVITE ORAL TABLET 1-100-1 MG (multivit-minerals no.67/folic acid/alpha lipoic acid/lutein)	Nivel 3	
NICOTINAMIDE (WITH CHROMIUM) ORAL TABLET 500 MCG- 750 MG (levomefolate calc/niacinamide/copper/zinc/selenium/chromium)	Nivel 3	
OB COMPLETE ORAL TABLET 50 MG IRON- 1.25 MG (multivitamin with minerals no.69/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONE A DAY MEN COMPLETE ORAL TABLET 240-25-300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin D3/lycopene)	Nivel 3	
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET 0.5 MG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS W-D3 ORAL TABLET 400-20-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 3	
ONE DAILY MEN'S HEALTH ORAL TABLET 240 MCG-30 MCG- 300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 3	
ONE DAILY MULTI-VIT W-MINERAL ORAL TABLET 4.5 MG IRON (multivitamin with minerals/ferrous sulfate)	Nivel 3	
ONE DAILY MULTIVITAMIN-IRON ORAL TABLET 18 MG IRON (multivitamin/ferrous sulfate)	Nivel 3	
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS(VIT K) ORAL TABLET 400 MCG-500 MG CALCIUM-20 MCG (multivit with minerals/folic acid/calcium carbonate/vit K1)	Nivel 3	
ONE DAILY WOMEN'S ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 3	
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS ORAL TABLET 400-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene)	Nivel 3	
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE ORAL TABLET 240 MCG-30 MCG- 300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE ORAL TABLET 18 MG IRON- 400 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
ONE-DAILY MULTI ORAL CAPSULE 800 MCG-1 MG- 500 MCG-500 MCG (multivitamin-minerals/folic acid/co Q10/lycopene/lutein)	Nivel 3	
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE 28-1-300 MG (multivitamin-minerals no.71/iron fumarat/folic acid no.1/dha)	Nivel 3	
PRENATAL GUMMIES(ZINC CHELATE) ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (multivitamin-min no.110/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV ORAL CAPSULE 200 MCG-15 MCG- 5 MG-1 MG (multivitamin-minerals/folic acid/vit K/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
PROFOLA ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 3	
REMEDIENT ORAL CAPSULE 3.6 MG- 1,000 MCG (multivitamin with minerals/iron succinyl-protein/folic acid)	Nivel 3	
SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 3	
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS ORAL TABLET 300-60-600-300 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPECTRAVITE MEN'S ORAL TABLET 8 MG IRON- 200 MCG-600 MCG (multivits with calcium and minerals/iron/folic acid/lycopene)	Nivel 3	
SPECTRAVITE WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Nivel 3	
SUPERIOR MEN'S MULTI ORAL TABLET 400 MCG DFE-30 MCG-30 MG (multivit-min/levomefolate calc/K2/saw palm/ginkgo leaf/herbs)	Nivel 3	
SUPERIOR WOMEN'S MULTI ORAL TABLET 2.5 MG IRON-400 MCG DFE-30 MCG (multivit-min/iron gly/levomefolate calc/K2/ginkgo leaf/herbs)	Nivel 3	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON ORAL TABLET 15 MG IRON- 400 MCG (multivitamin/ferrous sulfate/folic acid)	Nivel 3	
TARON-C DHA ORAL CAPSULE 35-1-200 MG (mv-min 75/ferrous fum/iron ps cplx/folic ac/omega-3/dha/epa)	Nivel 3	
THERA-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Nivel 3	
THERAPEUTIC-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Nivel 3	
THERA-VITE MAX-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Nivel 3	
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE 66.6MG-3.33MCG-3.33 MG-0.66 MG (vitamin B complex/vit C/selenium/lutein/zeaxanthin/herb 253)	Nivel 3	
VISTA ADVANCED AREDS2 ORAL CAPSULE 250-137.5-12.5 MG (vit C/vit E/zinc/copper/selen/lutein/zeaxanthin/glutathione)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VITAFUSION PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-32.5 MG (25 MG-7.5 MG) (mv-min no.110/folic acid/om-3/dha/other omega-3s/fish oil)	Nivel 3	
VITAJoy ADULT MULTI ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
VITREXYL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 3	
VITREXYL PLUS IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
WELLFOLA ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 3	
WESCAP-C DHA ORAL CAPSULE 35-1-200 MG (mv-min 75/ferrous fum/iron ps cplx/folic ac/omega-3/dha/epa)	Nivel 3	
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED ORAL TABLET 400-20 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/phytonadione(vit K))	Nivel 3	
WOMENS DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
WOMEN'S DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG- 25 MG (multivitamin with minerals/folic acid/collagen, hydrolyzed)	Nivel 3	
ZATEAN-PN PLUS ORAL CAPSULE 28-1-300 MG (multivitamin-minerals no.71/iron fumarat/folic acid no.1/dha)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Smoking Deterrent Combinations - Drugs For Nutrition		
<i>quercetin oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
Smoking Deterrents, Systemic - Drugs For Nutrition		
K1-1000 ORAL CAPSULE 1,000 MCG (phytonadione (vit K1))	Nivel 3	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection syringe 1 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	
<i>phytonadione (vitamin k1) oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
VITAMIN K INJECTION SOLUTION 1 MG/0.5 ML (phytonadione (vit K1))	Nivel 1	
phytonadione (vit K1) (Vitamin K1 Injection Solution 10 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>vitamin k2 (mk-4) oral tablet 100 mcg</i>	Nivel 3	
<i>vitamin k2 oral capsule 100 mcg, 45 mcg</i>	Nivel 3	
<i>vitamin k2 oral drops 90 mcg/0.5 ml</i>	Nivel 3	
Soluciones De Irrigación - Drugs For Nutrition		
<i>lactated ringers irrigation solution</i>	Nivel 3	
PHYSIOLYTE IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Nivel 3	
PHYSIOSOL IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Nivel 3	
<i>ringer's irrigation solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sodium chloride tablet, soluble 1,000 mg</i>	Nivel 3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	Nivel 1	
Sulfonamide Antibiotic - Drugs For Nutrition		
XCELLENT E ORAL CAPSULE 33.5-125-25 MG (vitamin E/vitamin E mixed/tocotrienol)	Nivel 3	
Vitaminas - Combinaciones De Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
FOLCYTEINE ORAL TABLET 1 MG-47 MG- 20 MCG-16 MG (folic acid/calcium citrate/vitamin D3/mag citrate/a-cysteine)	Nivel 3	
WESTAB MAX ORAL TABLET 2.5-25-2 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 3	
WESTAB ONE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 3	
Vitaminas - Combinaciones De B-12 Y Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
LORMATE ORAL CAPSULE 1 MG-1 MG(1,670 MCG DFE)-500 MG (mecobalamin/levomefolate calcium/turmeric root extract)	Nivel 3	
<i>me-thfolate glucos-mecobalamin oral tablet, disintegrating 1,000 mcg dfe- 2,500 mcg</i>	Nivel 3	
PAXLYTE ORAL CAPSULE 50 MCG-1 MG- 4.25 MG DFE (cobamamide/folic acid/leucovorin/levomefolate/mv-mins no.111)	Nivel 3	
<i>vitamin b12-folic acid oral tablet, disintegrating 2,500-400 mcg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vitaminas - Combinaciones De D Y K - Drugs For Nutrition		
DECARA K ORAL CAPSULE 1,250-200 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Nivel 3	
DOSOKAP ORAL TABLET 137.5-200 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Nivel 3	
K2-D3 MAX ORAL CAPSULE 125 MCG (5,000 UNIT)-180 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Nivel 3	
<i>vitamin d2-vitamin k1 oral drops 20-120 mcg/4 drops</i>	Nivel 3	
<i>vitamin d3-vitamin k2 oral capsule 125 mcg (5,000 unit)-100 mcg, 125-90 mcg, 250 mcg (10,000 unit)-45 mcg</i>	Nivel 3	
Vitaminas - Combinaciones De Preparaciones B - Drugs For Nutrition		
B-COMPLEX PLUS B-12 ORAL TABLET 7 MG-5 MG-4 MG- 25 MCG-10 MG (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/cyanocobalamin/papain)	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin-methylcobalamin sublingual drops 5,000 mcg/ml</i>	Nivel 3	
<i>folic acid-vitamin b6-vit b12 oral tablet 400 mcg-50 mg- 100 mcg</i>	Nivel 3	
FOLICORE B COMPLEX ORAL TABLET 1,000 MCG-10 MG -400 MCG (folic acid/pyridoxine HCl (B6)/cyanocobalamin)	Nivel 3	
FOLVITA COMPLEX ORAL TABLET 1 MG-10 MG- 400 MCG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KIDS BRAIN BUILDER ORAL TABLET,CHEWABLE 27.5 MG-0.2 MG- 0.25 MCG (choline bitartrate/pyridoxine HCl (vitamin B6)/vit B12)	Nivel 3	
METANX FC ORAL CAPSULE 2-3-35 MG (mecobalamin/levomefolate calcium/pyridoxal phosphate)	Nivel 3	
METHYL PROTECT ORAL CAPSULE 1,000 MCG-3,400 MCG DFE-10 MG (mecobalamin/folate no.11/pyridoxal/vit B2/betaine)	Nivel 3	
MINCORA ORAL TABLET 20 MCG- 1,000 MCG-10 MG (cholecalciferol/folic acid/vit B6/vit B12/acetylcysteine)	Nivel 3	
RELCARE ORAL TABLET 20 MCG- 1,000 MCG-10 MG (cholecalciferol/folic acid/vit B6/vit B12/acetylcysteine)	Nivel 3	
WESTAB MAX ORAL TABLET 2.5-25-2 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 3	
WESTAB ONE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 3	
ZINGIBER ORAL TABLET 1.2 MG-40 MG- 124.1 MG-100 MG (folic acid/pyridoxine HCl/Ca phos dibasic & tribasic/ginger)	Nivel 3	
Vitaminas Complejo B - Drugs For Nutrition		
B COMPLEX 100 INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine)	Nivel 1	
B-COMPLEX INJECTION INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine)	Nivel 1	
<i>vitamin b complex oral capsule</i>	Nivel 3	
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>vitamin b complex oral tablet, disintegrating</i>	Nivel 3	
Vitaminas Pediátricas Y Combinaciones De Minerales - Drugs For Nutrition		
ALIVE KIDS CHEWABLE ORAL TABLET, CHEWABLE 75-15 MG (pediatric multivit no.235/herbal no.293/bioflavonoids, cit)	Nivel 3	
ALIVE KIDS MULTIVITAMIN ORAL TABLET, CHEWABLE 50 MG (pediatric multivitamin no.252/herbal complex no.293)	Nivel 3	
CENTRUM KIDS MULTIGUMMY ORAL TABLET, CHEWABLE (pediatric multivitamin no.258)	Nivel 3	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY ORAL TABLET, CHEWABLE (pediatric multivitamin no.209)	Nivel 3	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET, CHEWABLE (pediatric multivitamin no.42)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET, CHEWABLE 5 BILLION CELL (pediatric multivitamin no.193/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS PRO-MV-LUTEIN ORAL TABLET, CHEWABLE 500 MILLION CELL (pediatric multivitamin no.210/Bacillus subtilis/lutein)	Nivel 3	
EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE ORAL TABLET, CHEWABLE (pediatric multivitamin no.262)	Nivel 3	
EMERGEN-C KIDZ IMMUNE PLUS ORAL TABLET, CHEWABLE (pediatric multivitamin no.261)	Nivel 3	
FLINTSTONES COMPLETE (FE SULF) ORAL TABLET, CHEWABLE 10 MG IRON (pediatric multivitamin no.227/ferrous sulfate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG IRON (pediatric multivitamin no.239/ferrous sulfate)	Nivel 3	
FLINTSTONES WITH EXTRA IRON ORAL TABLET,CHEWABLE 18 MG IRON (pediatric multivitamin no.226/ferrous sulfate)	Nivel 3	
GENADEK ORAL DROPS 19 MCG-500 MCG /ML (pediatric multivitamin no.196/vitamin D3/vit K1)	Nivel 3	
GUMMY DINOS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.76)	Nivel 3	
HI-D DROP ORAL DROPS 76-1,000 MCG/ML (pediatric multivitamin no.216/vitamin D3/vit K1)	Nivel 3	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON ORAL DROPS 11 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.207/ferrous sulfate)	Nivel 3	
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1.25 MG (pediatric multivitamin no.200/Bacillus coagulans)	Nivel 3	
KIDS MULTI ZERO ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.229)	Nivel 3	
LIVITA FOR CHILDREN ORAL LIQUID (pediatric multivitamin no.245)	Nivel 3	
MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC ORAL DROPS 2,000 MCG-150 MG-19 MCG/3 ML (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Nivel 3	
<i>pedi multivit no.194-iron sulf oral drops 10 mg iron/ml</i>	Nivel 3	
PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON ORAL DROPS 11 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.197/ferrous sulfate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
POLY-VITA WITH IRON ORAL DROPS 10 MG/ML (pediatric multivitamin no.160/ferrous sulfate)	Nivel 3	
Biológicos		
Vaccine Viral - Respiratory Syncytial Virus (Rsv)		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vaccine, preF A and B/PF)	Nivel 3	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vacc. antigen/AS01E adjuvant/PF)	Nivel 3	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vaccine, preF protein, mRNA/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Biológicos - Biological Agents		
Anticuerpos Antivirales Monoclonales - Virus Respiratorio Sinsitial (Rsv) - Drugs For Viral Infections		
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (nirsevimab-alip)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Retinoids - Vaccines		
FLUMIST 2025-2026 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUMIST HOME 2025-2026 NASAL (HOME ADMIN) NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, G1P(8))	Nivel 3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (rotavirus vaccine, live oral pentavalent)	Nivel 3	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (varicella virus vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 2 BILLION UNIT (typhoid vacc, live, attenuated)	Nivel 3	
Antitusivos - Antivenenos De Escorpión - Biological Agents		
ANASCORP INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG (centruroides (scorpion) polyvalent antivenom)	Nivel 3	
Bacteriano De Vacunas - Bacilos Gramnegativos (Non-Entéricos) - Vaccines		
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 2 BILLION UNIT (typhoid vacc, live, attenuated)	Nivel 3	
Bacteriano De Vacunas - Bacilos Productores De Toxinas - Vaccines		
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Nivel 3	
Bacteriano De Vacunas - Coco Grampositivos - Vaccines		
CAPVAXIVE INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 21-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PNEUMOVAX-23 INJECTION SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREVNAR 20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 20-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VAXNEUVANCE (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 15-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Bacteriano De Vacunas - Cocos Gramnegativos - Vaccines		
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y and W-135,conj tetanus toxoid/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y,W-135,diphtheria toxoid conj/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y,W-135,diphtheria toxoid conj/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML (meningococ A,C,Y,W-135,TT comp/N. mening B,fHBP rec comp/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones De Vacunas De Hepatitis A Y Hepatitis B - Vaccines		
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML (hepatitis A virus and hepatitis B virus vaccine/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Extractos Alergénicos - Extractos De Ácaros - Biological Agents		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET 12 SQ-HDM (allergenic extract, mite-D.farinae-D.pteronysinus,standard)	Nivel 2	PA
Extractos Alergénicos - Polen De Hierba - Biological Agents		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET 2,800 BAU (allergenic extract,grass pollen-timothy,standard)	Nivel 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET 300 INDX REACTIVITY (grass pollen-orchard/sweet vernal/rye/Kentucky/timothy, std.)	Nivel 2	PA
Glucocorticoids - Biological Agents		
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET 12 AMB A 1 UNIT (allergenic extract-weed pollen-short ragweed)	Nivel 2	PA
Hepatitis Agents - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Herpes Antiviral Agent - Thymidine Analogs - Vaccines		
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inmunoglobulina - Gammaglobulina (Igg), Humana - Biological Agents		
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 16.5 % (immune globulin,gamma(IgG)-hipp human/maltose)	Nivel 4	PA
CUVITRU SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %), 8 GRAM/40 ML (20 %) (immune globulin,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Nivel 4	PA
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 % (immune globulin,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Nivel 4	PA
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (immune globulin,gamma(IgG)/glycine/IgA average 46 mcg/mL)	Nivel 4	PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (immune globulin,gamma(IgG)/glycine/IgA average 46 mcg/mL)	Nivel 4	PA
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (immune globulin,gamma (IgG)/proline/IgA 0 to 50 mcg/mL)	Nivel 4	PA
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (immune globulin,gamma (IgG)/proline/IgA 0 to 50 mcg/mL)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM /100 ML (10 %), 2.5 GRAM /25 ML (10 %), 20 GRAM /200 ML (10 %), 30 GRAM /300 ML (10 %), 5 GRAM /50 ML (10 %) (immune globulin,gamma(IgG) human/hyaluronidase, human recomb)	Nivel 4	PA
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (immune globulin,gamma (IgG)-klhw human)	Nivel 4	PA
Medical Supplies And Dme - Heating And Cooling Aids - Vaccines		
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML (varicella-zoster virus glycoprotein E,rec/AS01B adjuvant/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (varicella virus vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Medical Supplies And Dme - Heating Pads - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Hot Packs - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Migraine Therapy - Ergot Alkaloids And Derivatives - Vaccines		
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML (poliomyelitis vaccine, killed)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Migraine Therapy - Selective Serotonin Agonists 5-Ht(1) - Vaccines		
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, G1P(8))	Nivel 3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (rotavirus vaccine, live oral pentavalent)	Nivel 3	
Peanut Desensitization Agents - Biological Agents		
PALFORZIA (LEVEL 0) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 1 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PALFORZIA (LEVEL 1) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 3 MG (1 MG X 3) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 2) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 6 MG (1 MG X 6) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 3) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 4) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 20 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 5) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG (20 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 6) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 80 MG (20 MG X 4) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 7) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 8) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 160 MG (20 MG X 3, 100 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 9) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 200 MG (100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 10) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 240 MG (20 MG X 2, 100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA
PALFORZIA INITIAL (1-3 YRS) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA
PALFORZIA INITIAL (4-17 YRS) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3/6 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 4	PA
Penicillin And Penicillin Antibiotic Combinations - Vaccines		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML (meningococcal group B vaccine, 4-component)	Nivel 3	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML (Neisseria meningitidis group B, lipidated fHBP recombinant)	Nivel 3	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Químicos, Irritante/Alergénico - Biological Agents		
T.R.U.E. TEST ALLERGEN TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED (chemical allergens)	Nivel 3	
Vaccine Viral - Covid-19 (Sars-Cov-2) - Vaccines		
COMIRNATY 2025-2026(5-11Y)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/0.3 ML (COVID vacc 2025-2026 (5-11 years) (Pfizer)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
COMIRNATY 2025-26 (12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.3 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 yrs up) (Pfizer)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MNEXSPIKE 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.2 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 years up) (Moderna)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MODERNA COVID 24-25(6M-11Y)PF INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.25 ML (COVID vaccine 2024-2025 (6 months-11 years)(Moderna)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
NOVAVAX COVID 2024-25(PF)(EUA) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2024-2025 (12 yrs up)/adjuvant-Matrix/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
NUVAXOVID 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 yrs up)/adjuvant-Matrix/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
SPIKEVAX 2024-2025(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2024-2025 (12 yrs up) (Moderna)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
SPIKEVAX 2025-2026(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 years up) (Moderna)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
SPIKEVAX 2025-26 (6M-11Y) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.25 ML (COVID vaccine 2025-2026 (6 months-11 years)(Moderna)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vacuna De Hepatitis A - Agentes Individuales - Vaccines		
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacuna Viral - Influenza A And B - Vaccines		
AFLURIA 2025-2026 (3YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine trival split 2025-26 (36 mos up)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
AFLURIA 2025-2026 (6MO UP) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine trivalent 2025-26 (6 mos and older))	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUAD 2025-2026 (65 YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza vaccine tvs 2025-26 (65 yr up)/adjuvant MF59C.1/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLUARIX 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tvs 2025-2026(6 months and older)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUBLOK 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 135 MCG (45 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tv 2025-26(9 yrs and older)rcmb/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUCELVAX 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (flu vaccine tri 2025-2026(6 month and older)cell derived/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUCELVAX 2025-2026 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (flu vaccine triv 2025-2026(6 month and older)cell derived)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLULAVAL 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tvs 2025-2026(6 months and older)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUMIST 2025-2026 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUMIST HOME 2025-2026 NASAL (HOME ADMIN) NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLUZONE 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tvs 2025-2026(6 months and older)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUZONE 2025-2026 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine trivalent 2025-26 (6 mos and older))	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUZONE HIGH-DOSE 2025-26 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 180 MCG/0.5 ML (influenza virus vaccine trivalent split 2025-2026(65 yr up)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacuna Viral - Paperas Y Relacionados - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacuna Viral - Vacunas Para El Papiloma Humano(Hpv) - Vaccines		
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML (human papillomavirus vaccine, 9-valent/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (human papillomavirus vaccine, 9-valent/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacunas De Hepatitis B - Agentes Individuales - Vaccines		
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML (hepatitis B vaccine recombinant/vaccine adjuvant CpG 1018/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Drugs For The Mouth And Throat		
Boca Y Garganta - Agentes De Mucositis-Estomatitis - Drugs For The Mouth And Throat		
GELCLAIR MUCOUS MEMBRANE GEL IN PACKET (potassium sorbate/hydroxyethylcellulose/povidone/hyaluronic)	Nivel 3	
MUGARD MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (glycerin/carbomer homopolymer type A/potassium hydroxide)	Nivel 3	
ORAMAGICRX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH (potassium sorbate/maltodextrin/aloe vera/mann ps)	Nivel 3	
ORAPEUTIC MUCOUS MEMBRANE GEL (xylitol/pectin/acemannan/sodium bicarbonate)	Nivel 3	
Boca Y Garganta - Amidas De Anestesia Local - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %, 4 % (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
lidocaine HCl (Lidocaine Viscous Mucous Membrane Solution 2 %)	Nivel 1	
Boca Y Garganta - Antifúngicos - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Boca Y Garganta - Estimulantes De Saliva - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	
EVOXAC ORAL CAPSULE 30 MG (cevimeline HCl)	Nivel 3	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
SALAGEN (PILOCARPINE) ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (pilocarpine HCl)	Nivel 3	
THERABREATH DRY MOUTH MUCOUS MEMBRANE LOZENGE (saliva stimulant combination no.11)	Nivel 3	
THERABREATH MUCOUS MEMBRANE LOZENGE (saliva stimulant combination no.10)	Nivel 3	
XYLIGEL MUCOUS MEMBRANE GEL (saliva stimulant combination no.9)	Nivel 3	
XYLIMELTS MUCOUS MEMBRANE MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 500 MG (xylitol)	Nivel 3	
Boca Y Garganta - Glucocorticoides - Drugs For The Mouth And Throat		
triamcinolone acetonide (Oralene Dental Paste 0.1 %)	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	Nivel 1	
Boca Y Garganta - Mezclas De Antiinfecciosos - Drugs For The Mouth And Throat		
DEBACTEROL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION 30-50 % (sulfuric acid/sulfonated phenol)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Boca Y Garganta - Protectores - Drugs For The Mouth And Throat		
MUGARD MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (glycerin/carbomer homopolymer type A/potassium hydroxide)	Nivel 3	
PROTHELIAL MUCOUS MEMBRANE PASTE 1 GRAM/10 ML (sucralfate malate, polymerized)	Nivel 3	
Boca Y Garganta - Saliva Artificial - Drugs For The Mouth And Throat		
AQUORAL MUCOUS MEMBRANE AEROSOL, SPRAY (saliva substitute combo no.3)	Nivel 3	
CAPHOSOL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (saliva substitute combo no.2)	Nivel 3	
MUCOSITISRX MUCOUS MEMBRANE POWDER IN PACKET 351 MG (saliva substitute combination no.11)	Nivel 3	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (flaxseed)	Nivel 3	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LOZENGE 0.3 GRAM (sorbitol/saliva stimulant comb no. 1/malic acid/calcium phos)	Nivel 3	
SALIVAMAX MUCOUS MEMBRANE POWDER IN PACKET 351 MG (saliva substitute combination no.11)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Infant Care- Nursing Supplies - Drugs For The Mouth And Throat		
ARESTIN DENTAL CARTRIDGE 1 MG (minocycline HCl microspheres)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Prenatal Vitamins And Combinations - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	Nivel 1	
PERIDEX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH 0.12 % (chlorhexidine gluconate)	Nivel 3	
chlorhexidine gluconate (Periogard Mucous Membrane Mouthwash 0.12 %)	Nivel 1	
Producto Dental - Preparaciones De Fluoruro - Drugs For The Mouth And Throat		
CLINPRO 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 1	
DENTAGEL DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental cream 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental paste 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) oral drops 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF 6 MONTHS TO 6 YEARS OF AGE
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	Nivel 3	\$0 COPAY IF 6 MONTHS TO 6 YEARS OF AGE
FLUORIDEX DAILY DEFENSE DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 3	
FLUORIMAX 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 3	
FRAICHE 5000 DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
FRAICHE 5000 PREVI DENTAL GEL 1.1-3 % (sodium fluoride/hydroxyapatite)	Nivel 3	
FRAICHE 5000 SENSITIVE DENTAL GEL 1.1-4.5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 3	
JUST RIGHT 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 3	
PREVIDENT DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
PREVIDENT DENTAL SOLUTION 0.2 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREVIDENT KIDS DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
SF 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
SF DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	Nivel 1	
Producto Periodontal - Tipo Tetraciclina, Inhibidores De Colagenasa - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Para Babeo- Sialorrea Primaria Y Secundaria-Anticolinérgico - Drugs For The Mouth And Throat		
CUVPOSA ORAL SOLUTION 1 MG/5 ML (0.2 MG/ML) (glycopyrrolate)	Nivel 3	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml)</i>	Nivel 1	
Clase Fdb Obsoleta-No Usada		
Terapia Alternativa - Productos Homeopáticos		
AURUMHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
CANTHARIS COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
CRALONIN ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
EYE ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LAMIOFLUR ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
PLANTAGO-HOMACCORD ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
POPULUS COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
PSORINOHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
RENEEL ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Nivel 3	
SABAL-HOMACCORD ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
SYZYGIUM COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
VERTIGOHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
VERTIGOHEEL ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Nivel 3	
Colonic Acidifier (Ammonia Inhibitor) - Drugs For Addiction		
Agentes Para Abstinencia De Opioides, Tipo Agonista Central Alfa-2 Adrenérgico - Drugs For Opioid Addiction		
<i>lofexidine oral tablet 0.18 mg</i>	Nivel 3	PA
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG (lofexidine HCl)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Disuasivos De Tabaquismo - De Tipo Nicotina - Drugs For Smoking Addiction		
<i>nicotine (polacrilex) buccal gum 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine (polacrilex) buccal lozenge 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine (polacrilex) buccal mini lozenge 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine transdermal patch, td daily, sequential 21-14-7 mg/24 hr</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML (nicotine)	Nivel 2	\$0 COPAY IF 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUIT 2 BUCCAL GUM 2 MG (nicotine polacrilex)	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 2 BUCCAL LOZENGE 2 MG (nicotine polacrilex)	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 4 BUCCAL GUM 4 MG (nicotine polacrilex)	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 4 BUCCAL LOZENGE 4 MG (nicotine polacrilex)	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
STOP SMOKING AID BUCCAL LOZENGE 2 MG, 4 MG (nicotine polacrilex)	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Disuasivos De Tabaquismo - Inhibidor De Recaptación De Ne Y Dopamina (Ndri)-Tipo - Drugs For Smoking Addiction		
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Inflammatory Bowel Agent - Tumor Necrosis Factor Alpha Blockers - Drugs For Opioid Addiction		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Nivel 1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	Nivel 1	
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 2-0.5 MG, 4-1 MG (buprenorphine HCl/naloxone HCl)	Nivel 3	
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 8-2 MG (buprenorphine HCl/naloxone HCl)	Nivel 2	
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG, 8.6-2.1 MG (buprenorphine HCl/naloxone HCl)	Nivel 2	
Inflammatory Bowel Agents - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Cold Packs - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Surgical Scalpels And Blades - Drugs For Smoking Addiction		
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER; QL (2 EA per 1 day)
<i>varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER; QL (2 EA per 1 day)
Terapia Para Abstinencia De Alcohol - De Tipo Glutamato Y Sistema Gaba - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants		
Dermatological - Burn Product Combinations - Drugs For Organ Transplants		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (tacrolimus)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Tacrolimus within the past 120 days
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	Nivel 1	
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	Nivel 1	
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	Nivel 1	
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG (tacrolimus)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Tacrolimus within the past 120 days
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Nivel 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Nivel 1	
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG (voclosporin)	Nivel 4	PA
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine, modified)	Nivel 3	
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine, modified)	Nivel 3	
PROGRAF ORAL CAPSULE 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (tacrolimus)	Nivel 3	
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG (tacrolimus)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine)	Nivel 3	
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Keratoplastic Combinations - Drugs For Organ Transplants		
azathioprine (Azasan Oral Tablet 100 Mg, 75 Mg)	Nivel 3	
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
IMURAN ORAL TABLET 50 MG (azathioprine)	Nivel 3	
Immunosuppressive - Interleukin-6 (Il-6) Receptor Inhibitors - Drugs For Organ Transplants		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (satralizumab-mwge)	Nivel 4	PA
Inmunosupresores - Inhibidores De Diana De Rapamicina En Células De Mamífero (Mtor) - Drugs For Organ Transplants		
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG (everolimus)	Nivel 2	
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG (everolimus)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inmunosupresores - Inhibidores De Inosina Monofosfato Deshidrogenasa - Drugs For Organ Transplants		
CELLCEPT ORAL CAPSULE 250 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 3	
CELLCEPT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Nivel 3	
CELLCEPT ORAL TABLET 500 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 3	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
MYFORTIC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 180 MG, 360 MG (mycophenolate sodium)	Nivel 3	
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine		
Antipsychotic - Muscarinic Agonist/Antagonist Combinations		
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG (xanomeline tartrate/trospium chloride)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a generic atypical Antipsychotic, Rexulti, or Vraylar within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG (xanomeline tartrate/trospium chloride)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a generic atypical Antipsychotic, Rexulti, or Vraylar within the past 120 days
Migraine Therapy - Serotonin Agonist 5-Ht(1) And Nsaid Cox-2 Comb		
SYMBRAVO ORAL TABLET 10-20 MG (rizatriptan benzoate/meloxicam)	Nivel 3	
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine - Drugs For The Nervous System		
Adyuvante De Antiparkinson - Antagonista De Receptor De Adenosina - Drugs For Parkinson		
NOURIANZ ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (istradefylline)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Efecto Pseudobulbo (Pba), De Tipo Antagonistas De Nmda - Drugs For Severe Mental Disorders		
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG (dextromethorphan Hbr/quinidine sulfate)	Nivel 3	PA
Agentes De Fibromialgia - Inhib De Serotonina-Recaptación De Noradrenalina (Snris) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
CYMBALTA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG, 30 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 3	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 3	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for two generic Duloxetine 20mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DULOXICAINE KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (milnacipran HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (milnacipran HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Neuralgia Postherpética - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DULOXICAINE KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Nivel 3	
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 450 MG (gabapentin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 750 MG, 900 MG (gabapentin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 165 MG, 82.5 MG (pregabalin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 330 MG (pregabalin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Terapia Bipolar - Antipsicóticos Atípicos - Drugs For Severe Mental Disorders		
ABILIFY ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 3	
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
GEODON ORAL CAPSULE 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (ziprasidone HCl)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic atypical antipsychotic within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 3	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
RISPERDAL ORAL SOLUTION 1 MG/ML (risperidone)	Nivel 3	
RISPERDAL ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (risperidone)	Nivel 3	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (asenapine maleate)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
SEROQUEL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 3	
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 3	
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG (cariprazine HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
ZYPREXA ORAL TABLET 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (olanzapine)	Nivel 3	
Agentes De Terapia Bipolar - Tipo Anticonvulsivo - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 200 mg</i>	Nivel 1	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEPAKOTE ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 3	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG (divalproex sodium)	Nivel 3	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
carbamazepine (Eitol Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
LAMICTAL ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 50 MG (42) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ODT STARTER (ORANGE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG(14)-50 MG (14)-100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (35) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (84) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (42) -100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) - 100 mg (14)</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablets,dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14)</i>	Nivel 1	
lamotrigine (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (35))	Nivel 3	
lamotrigine (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (84) -100 Mg (14))	Nivel 3	
lamotrigine (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (42) -100 Mg (7))	Nivel 3	
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (carbamazepine)	Nivel 3	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Antagonista De Receptor De H3/Agonista Inverso - Drugs For Sleep Disorder		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG, 4.45 MG (pitolisant HCl)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Inhibidor De Recaptación De Dopamina Y Ne (Dnri) - Drugs For Sleep Disorder		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (solriamfetol HCl)	Nivel 2	PA
Agentes De Terapia De Narcolepsia - No-Simpatomimética - Drugs For Sleep Disorder		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
NUVIGIL ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (armodafinil)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
NUVIGIL ORAL TABLET 50 MG (armodafinil)	Nivel 3	QL (3 EA per 1 day)
PROVIGIL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG (modafinil)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Tipo Estimulante, Derivado De Piperadina - Drugs For Sleep Disorder		
METHYLIN ORAL SOLUTION 10 MG/5 ML, 5 MG/5 ML (methylphenidate HCl)	Nivel 3	
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
RITALIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (90 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Tipo Estimulante, Simpatomimética, Anfetaminas - Drugs For Sleep Disorder		
dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate (Adderall Oral Tablet 10 Mg, 12.5 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 10 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 15 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 3	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
amphetamine sulfate (Evekeo Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg, 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 30 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Terapia De Narcolepsia Y Cataplejia - Tipo Sedantes - Drugs For Sleep Disorder		
LUMRYZ ORAL EXTEND RELEASE GRANULES,PACKET 4.5 GRAM, 6 GRAM, 7.5 GRAM, 9 GRAM (sodium oxybate)	Nivel 4	PA
LUMRYZ STARTER PACK ORAL GRANULES ER PACKET, DOSE PACK 4.5-6-7.5 GRAM (sodium oxybate)	Nivel 4	PA
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML (sodium oxybate)	Nivel 4	PA
XYWAV ORAL SOLUTION 0.5 GRAM/ML (sodium oxybate/calcium oxybate/magnesium oxybate/pot oxybate)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Diabéticos Periféricos De Neuropatía - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 165 MG, 82.5 MG (pregabalin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 330 MG (pregabalin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo |
Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes Para Tratar Dolores De Cabeza De Cúmulo Recurrentes - Drugs For Migraine Headaches		
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) (galcanezumab-gnlm)	Nivel 2	PA; QL (3 ML per 30 days)
Agonistas De Cannabis Y Receptores De Canabinoides - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dronabinol)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Nivel 3	QL (60 ML per 30 days)
Alternative Therapy - Drugs For Severe Mental Disorders		
prochlorperazine maleate (Compazine Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Alternative Therapy - Unclassified - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Anthelmintic Combinations Other - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML (perampanel)	Nivel 2	QL (680 ML per 28 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (perampanel)	Nivel 3	QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG (perampanel)	Nivel 3	QL (120 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG (perampanel)	Nivel 3	QL (60 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
Antianxiety Agent - Benzodiazepines - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
FELBATOL ORAL TABLET 400 MG, 600 MG (felbamate)	Nivel 3	
Antianxiety Agents - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
MYSOLINE ORAL TABLET 250 MG, 50 MG (primidone)	Nivel 3	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Anticonvulsant - Neuroactive Steroid Gaba-A Receptor Modulator - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (ganaxolone)	Nivel 4	PA
Anticonvulsant - Phenyltriazine Derivatives - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG (pregabalin)	Nivel 3	
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML (pregabalin)	Nivel 3	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
Anticonvulsivo - Amino Ácido Funcionalizado - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG (lacosamide)	Nivel 3	PA
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML (lacosamide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (lacosamide)	Nivel 3	
Anticonvulsivo - Derivados De Feniltriagina - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LAMICTAL ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 50 MG (42) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ODT STARTER (ORANGE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG(14)-50 MG (14)-100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ORAL TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE 25 MG, 5 MG (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (35) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (84) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (42) -100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 250 MG, 300 MG, 50 MG (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 50 MG(14)-100MG (14)-200 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25MG (14)-50 MG (14)-100MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) - 100 mg (14)</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablets,dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14)</i>	Nivel 1	
lamotrigine (Subvenite Oral Tablet 100 Mg, 150 Mg, 200 Mg, 25 Mg)	Nivel 3	
lamotrigine (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (35))	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
lamotrigine (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (84) -100 Mg (14))	Nivel 3	
lamotrigine (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (42) -100 Mg (7))	Nivel 3	
Anticonvulsivo - Derivados De Iminostilbeno - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (eslicarbazepine acetate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (eslicarbazepine acetate)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet,chewable 200 mg</i>	Nivel 1	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
carbamazepine (Epilex Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG (oxcarbazepine)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG (oxcarbazepine)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day)
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (carbamazepine)	Nivel 3	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
TRILEPTAL ORAL SUSPENSION 300 MG/5 ML (60 MG/ML) (oxcarbazepine)	Nivel 3	
TRILEPTAL ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 600 MG (oxcarbazepine)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsivo - Derivados De Monosacáridos - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML (topiramate)	Nivel 3	PA
QUDEXY XR ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 100 MG (topiramate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 150 MG, 200 MG (topiramate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 25 MG (topiramate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 50 MG (topiramate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (7 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOPAMAX ORAL CAPSULE, SPRINKLE 15 MG, 25 MG (topiramate)	Nivel 3	
TOPAMAX ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (topiramate)	Nivel 3	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 100 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 25 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 50 mg</i>	Nivel 1	QL (7 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 25 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 50 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (7 EA per 1 day)
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
TROKENDI XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG (topiramate)	Nivel 3	QL (3 EA per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 200 MG (topiramate)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 25 MG (topiramate)	Nivel 3	QL (8 EA per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 50 MG (topiramate)	Nivel 3	QL (7 EA per 1 day)
Anticonvulsivo - Derivados De Sulfonamidas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ZONEGRAN ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (zonisamide)	Nivel 3	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (zonisamide)	Nivel 3	PA
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsivo - Derivados De Triazoles - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (rufinamide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (80 ML per 1 day)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG (rufinamide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (16 EA per 1 day)
BANZEL ORAL TABLET 400 MG (rufinamide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (8 EA per 1 day)
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Valproic acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (80 ML per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo |
Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (16 EA per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (8 EA per 1 day)
Anticonvulsivo - Hidantoínas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
phenytoin sodium extended (Dilantin Extended Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 3	
phenytoin (Dilantin Infatabs Oral Tablet, Chewable 50 Mg)	Nivel 3	
phenytoin sodium extended (Dilantin Oral Capsule 30 Mg)	Nivel 3	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML (phenytoin)	Nivel 3	
phenytoin sodium extended (Phenytek Oral Capsule 200 Mg, 300 Mg)	Nivel 3	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsivo - Inhibidor De Transaminasa Gaba (Gaba-T) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
SABRIL ORAL POWDER IN PACKET 500 MG (vigabatrin)	Nivel 2	PA
SABRIL ORAL TABLET 500 MG (vigabatrin)	Nivel 2	PA
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Powder In Packet 500 Mg)	Nivel 1	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 1	PA
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (vigabatrin)	Nivel 4	PA
vigabatrin (Vigpoder Oral Powder In Packet 500 Mg)	Nivel 1	PA
Anticonvulsivo - Tipo Canabinoide - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cannabidiol (CBD))	Nivel 4	
Anticonvulsivo Otros - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Nivel 4	PA
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Nivel 4	PA
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML (fenfluramine HCl)	Nivel 4	PA
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) (cenobamate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (cenobamate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) (cenobamate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antidepresivo - Agonista Parcial De Ssri Y 5Ht1a - Drugs For Depression		
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (vilazodone HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine IR/ER within the past 120 days
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine IR/ER within the past 120 days
Antidepresivo - Antagonista De Receptores De N-Metil D-Aspartato (Nmda) - Drugs For Depression		
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3) (esketamine HCl)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antidepresivo - Antagonistas De Receptores De Alfa-2 (Nassa) - Drugs For Depression		
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
REMERON ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (mirtazapine)	Nivel 3	
REMERON SOLTAB ORAL TABLET,DISINTEGRATING 15 MG, 30 MG, 45 MG (mirtazapine)	Nivel 3	
Antidepresivo - Combinaciones Tricíclico-Benzodiacepinas - Drugs For Depression		
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Nivel 1	
Antidepresivo - Inhibidores De Recaptación De Antagonistas De Serotonina-2 (Saris) - Drugs For Depression		
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML (trazodone HCl)	Nivel 3	PA
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antidepresivo - Modulador De Receptores De Esteroide Neuroactiva Gaba-A - Drugs For Depression		
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG (zuranolone)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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>	Nivel 1	
Antidepresivo- Ssri Y Atípico Y Antipsico., Dopamina, Antagonistas De Serotonina - Drugs For Depression		
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Antidepresivo-Inhibidores De Norepinafrina Y Recaptación De Dopamina (Ndris) - Drugs For Depression		
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 174 MG, 348 MG, 522 MG (bupropion HBr)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Bupropion HCL within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 450 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Bupropion within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WELLBUTRIN SR ORAL TABLET SUSTAINED-RELEASE 12 HR 100 MG, 150 MG, 200 MG (bupropion HCl)	Nivel 3	
WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG (bupropion HCl)	Nivel 3	
Antidepressant - Alpha-2 Receptor Antagonists (Nassa) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG (methsuximide)	Nivel 3	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
ZARONTIN ORAL CAPSULE 250 MG (ethosuximide)	Nivel 3	
ethosuximide (Zarontin Oral Solution 250 Mg/5 Ml)	Nivel 3	
Antidepressant - Monamine Oxidase (Mao) Inhibitors - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 3	
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 3	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG (divalproex sodium)	Nivel 3	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Antidepressant - Ndma Receptor Antagonist And Ndri Combinations - Drugs For Depression		
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG (dextromethorphan HBr/bupropion HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Bupropion, Citalopram, Desvenlafaxine, Duloxetine, Escitalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine within the past 120 days
Antiemetic - Other And Misc Combinations - Drugs For Attention Deficit Disorder		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
DESOXYN ORAL TABLET 5 MG (methamphetamine HCl)	Nivel 3	QL (150 EA per 30 days)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 10 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 15 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 3	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (1800 ML per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
amphetamine sulfate (Evekeo Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (150 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate (Procentra Oral Solution 5 Mg/5 MI)	Nivel 3	QL (1800 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg, 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 30 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiemetics - Drugs For Insomnia		
AMBIEN CR ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 12.5 MG, 6.25 MG (zolpidem tartrate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
AMBIEN ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (zolpidem tartrate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 5 MG (zolpidem tartrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Zolpidem IR (Ambien) within the past 180 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
LUNESTA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG (eszopiclone)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem oral capsule 7.5 mg</i>	Nivel 3	
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem sublingual tablet 1.75 mg, 3.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Antileprotic - Immunomodulators - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>tiagabine oral tablet 16 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiparkinson - Comb De Inhib De Dopaminérgico-Comt Perif-Dopa- Descarboxilasa - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	Nivel 1	
Antiprotazoal-Antibacterial Agents - Drugs For Migraine Headaches		
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 3	
ELYXYB ORAL SOLUTION 120 MG/4.8 ML (25 MG/ML) (celecoxib)	Nivel 3	PA
Antipsicóticos - Agonistas Inversos De Serotonina Selectia Atípica 5-Ht2a (Ssia) - Drugs For Severe Mental Disorders		
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG (pimavanserin tartrate)	Nivel 4	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG (pimavanserin tartrate)	Nivel 4	PA
Antipsicóticos - Antag Atíp De Dopamina-Serotonina Pirroles De Dibenzo-Oxepino - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (asenapine maleate)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for two generic atypical antipsychotics within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Antipsicóticos - Antag De Dopamina Atípica-Serotonina-Tienobenzodiacepinas - Drugs For Severe Mental Disorders		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic atypical antipsychotic within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
ZYPREXA ORAL TABLET 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (olanzapine)	Nivel 3	
Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina- Der De Dibenzo diacepina - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLOZARIL ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (clozapine)	Nivel 3	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (clozapine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for two generic atypical antipsychotics within the past 365 days; QL (18 ML per 1 day)
Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina-Benzisotiazolonas - Drugs For Severe Mental Disorders		
GEODON ORAL CAPSULE 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (ziprasidone HCl)	Nivel 3	
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG (lurasidone HCl)	Nivel 3	QL (30 EA per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG (lurasidone HCl)	Nivel 3	QL (60 EA per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicóticos - Atípico, Agonista Parcial De Receptores De D2-5Ht Mezcla De Serotonina - Drugs For Severe Mental Disorders		
ABILIFY ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 3	
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 3	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (brexpiprazole)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antipsicóticos - Der De Dopamina Atípica- Antag De Serotonina-Dibenzotiazipina - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
SEROQUEL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 3	
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 3	
Antipsicóticos - Derivados De Butirfenonas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsicóticos - Derivados De Dibenzodiacepina - Drugs For Severe Mental Disorders		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 10 MG (loxapine)	Nivel 4	
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicóticos - Fenotiazinas, Alifáticas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicóticos - Tioxantinas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antipsychotic - Atypical Dopamine-Serotonin Antag-Butyrophenone Deriv - Drugs For Severe Mental Disorders		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG (limateperone tosylate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antipsychotic - Benzamide Derivatives - Drugs For Parkinson		
TASMAR ORAL TABLET 100 MG (tolcapone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Comtan (Entacapone) within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Comtan (Entacapone) within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
Antipsychotic - Butyrophenone Derivatives - Drugs For Parkinson		
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG (opicapone)	Nivel 3	PA
Antipsychotics, Atypical, Dopamine, Serotonin Antag And Opioid Antag Comb - Drugs For Severe Mental Disorders		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic atypical antipsychotic within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Antitubercular Agents Other - Drugs For Insomnia		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (suvorexant)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 130 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (lemborexant)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 130 days; QL (1 EA per 1 day)
QUVIVIQ ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (daridorexant HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription of Zolpidem Tartrate, Eszopiclone, or Zaleplon within the last 130 days; QL (1 EA per 1 day)
Benzodiacepinas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (alprazolam)	Nivel 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Nivel 1	
ATIVAN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (lorazepam)	Nivel 3	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Nivel 1	
DORAL ORAL TABLET 15 MG (quazepam)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for one of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
HALCION ORAL TABLET 0.25 MG (triazolam)	Nivel 3	
KLONOPIN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (clonazepam)	Nivel 3	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Nivel 3	QL (10 EA per 30 days)
LIBRAX (WITH CLIDINIUM) ORAL CAPSULE 5-2.5 MG (chlordiazepoxide/clidinium bromide)	Nivel 3	
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/ML)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
LOREEV XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 1 MG, 2 MG, 3 MG (lorazepam)	Nivel 3	
LOREEV XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG (lorazepam)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Lorazepam tablets within the past 120 days
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Nivel 3	QL (10 EA per 30 days)
ONFI ORAL SUSPENSION 2.5 MG/ML (clobazam)	Nivel 2	QL (480 ML per 30 days)
ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (clobazam)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for one of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days
RESTORIL ORAL CAPSULE 15 MG, 22.5 MG, 30 MG, 7.5 MG (temazepam)	Nivel 3	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG (clobazam)	Nivel 2	
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Nivel 1	
VALIUM ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (diazepam)	Nivel 3	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (diazepam)	Nivel 3	QL (10 EA per 30 days)
XANAX ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (alprazolam)	Nivel 3	
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG (alprazolam)	Nivel 3	
Bulk Chemicals - Drugs For Parkinson		
AZILECT ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (rasagiline mesylate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (safinamide mesylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Carbidopa/Levodopa (Duopa, Parcopa, Rytary, Sinemet IR, or Sinemet CR) within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
ZELAPAR ORAL TABLET, DISINTEGRATING 1.25 MG (selegiline HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Selegiline capsules or tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Chemicals - Essential Oils - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Nivel 1	
KLONOPIN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (clonazepam)	Nivel 3	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Nivel 3	QL (10 EA per 30 days)
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Nivel 3	QL (10 EA per 30 days)
ONFI ORAL SUSPENSION 2.5 MG/ML (clobazam)	Nivel 2	QL (480 ML per 30 days)
ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (clobazam)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG (clobazam)	Nivel 2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (diazepam)	Nivel 3	QL (10 EA per 30 days)
Contrast Media - Barium - Drugs For Depression		
CYMBALTA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 MG, 30 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>desvenlafaxine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Paroxetine HCL, Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Sertraline, or Venlafaxine ER/IR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 3	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for two generic Duloxetine 20mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DULOXICAINE KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Nivel 3	
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG, 37.5 MG, 75 MG (venlafaxine HCl)	Nivel 3	
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26) (levomilnacipran HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (levomilnacipran HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 100 MG, 25 MG, 50 MG (desvenlafaxine succinate)	Nivel 3	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (milnacipran HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (milnacipran HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Venlafaxine HCL ER capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
Contrast Media - Iodinated - Drugs For Depression		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG, 75 MG (clomipramine HCl)	Nivel 3	
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
NORPRAMIN ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (desipramine HCl)	Nivel 3	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (nortriptyline HCl)	Nivel 3	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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>	Nivel 1	
Contrast Media - Magnetic Resonance Iron Compounds - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	Nivel 1	
LITHOBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 300 MG (lithium carbonate)	Nivel 3	
Contrast Media - Ultrasound Agent Combinations - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
Contrast Media - Ultrasound Agents And Combinations - Drugs For Severe Mental Disorders		
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG (iloperidone)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) (iloperidone)	Nivel 3	QL (8 EA per 28 days)
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) (iloperidone)	Nivel 3	QL (12 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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) (iloperidone)	Nivel 3	QL (8 EA per 28 days)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 3 MG, 9 MG (paliperidone)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 6 MG (paliperidone)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
RISPERDAL ORAL SOLUTION 1 MG/ML (risperidone)	Nivel 3	
RISPERDAL ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (risperidone)	Nivel 3	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
Déficit De Atención-Hiperact. Trastorno (Tdah) - Alfa 2 Agonistas De Receptores - Drugs For Attention Deficit Disorder		
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	Nivel 1	
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
INTUNIV ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (guanfacine HCl)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONYDA XR ORAL SUSPENSION,EXTEND RELEASE 24HR 0.1 MG/ML (clonidine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Clonidine 0.1mg ER tablets within the past 120 days; QL (4 ML per 1 day)
Dermatological - Lubricants - Drugs For Anxiety		
meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg	Nivel 1	
Dermatological - Powders - Drugs For Anxiety		
hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml	Nivel 1	
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	Nivel 1	
hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	Nivel 1	
Dermatological - Soap And/Or Cleanser Combinations - Drugs For Anxiety		
BUCAPSOL ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 7.5 MG (buspirone HCl)	Nivel 3	
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	Nivel 1	
Diagnostic - Contrast Media - Drugs For Depression		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR (selegiline)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG (isocarboxazid)	Nivel 3	
NARDIL ORAL TABLET 15 MG (phenelzine sulfate)	Nivel 3	
PARNATE ORAL TABLET 10 MG (tranylcypromine sulfate)	Nivel 3	
phenelzine oral tablet 15 mg	Nivel 1	
tranylcypromine oral tablet 10 mg	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diagnostic - Other - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (9 EA per 1 day)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
Digestive Aid Mixtures With Anticholinergics - Drugs For Attention Deficit Disorder		
dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate (Adderall Oral Tablet 10 Mg, 12.5 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 10 MG, 15 MG, 5 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 20 MG, 25 MG, 30 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG (amphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine oral tablet,disinteg er biphas 24h 12.5 mg, 15.7 mg, 18.8 mg, 3.1 mg, 6.3 mg, 9.4 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
APTENSIO XR ORAL CAP,ER SPRINKLE,BIPHASIC 40-60 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Methylphenidate HCL or Relexxii within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
AZSTARYS ORAL CAPSULE 26.1 MG- 5.2 MG, 39.2 MG- 7.8 MG, 52.3 MG- 10.4 MG (serdexmethylphenidate chloride/dexmethylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 18 MG, 27 MG, 54 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 36 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 17.3 MG, 8.6 MG (methylphenidate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 25.9 MG (methylphenidate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 10 MG/9 HR, 15 MG/9 HR, 20 MG/9 HR, 30 MG/9 HR (methylphenidate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Methylphenidate CD/ER/LA formulation or Methylphenidate suspension/solution within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DESOXYN ORAL TABLET 5 MG (methamphetamine HCl)	Nivel 3	QL (150 EA per 30 days)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 10 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 15 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 3	QL (120 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral capsule, er biphasic 50-50 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DYANA VEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML (amphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (240 ML per 30 days)
DYANA VEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (amphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
amphetamine sulfate (Evekeo Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
FOCALIN ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dexamethylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
FOCALIN XR ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 50-50 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG, 35 MG, 40 MG, 5 MG (dexamethylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
JORNAY PM ORAL CAPSULE, DEL REL, EXT REL SPRINK 100 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>lisdexamfetamine oral tablet, chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
METADATE CD ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 30-70 10 MG, 20 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
METADATE CD ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 30-70 30 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
methylphenidate HCl (Metadate Er Oral Tablet Extended Release 20 Mg)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (150 EA per 30 days)
METHYLIN ORAL SOLUTION 10 MG/5 ML, 5 MG/5 ML (methylphenidate HCl)	Nivel 3	
<i>methylphenidate hcl oral cap,er sprinkle,biphasic 40-60 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Methylphenidate HCL or Relexxii within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 45 mg, 63 mg</i>	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 72 mg</i>	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, Concerta, or Adderall XR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate transdermal patch 24 hour 10 mg/9 hr, 15 mg/9 hr, 20 mg/9 hr, 30 mg/9 hr</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Methylphenidate CD/ER/LA formulation or Methylphenidate suspension/solution within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
MYDAYIS ORAL CAPSULE, ER TRIPHASIC 24 HR 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 20 MG, 40 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 30 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 3	120mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (240 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 3	150mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (300 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 3	180mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (360 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 3	60mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (60 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 18 MG, 27 MG, 54 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 36 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 72 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, Concerta, or Adderall XR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 50-50 10 MG, 20 MG, 40 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 50-50 30 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
RITALIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (90 EA per 30 days)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (lisdexamfetamine dimesylate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
VYVANSE ORAL TABLET, CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (lisdexamfetamine dimesylate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR (dextroamphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg, 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 30 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Digestive Aids - Drugs For Attention Deficit Disorder		
dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate (Adderall Oral Tablet 10 Mg, 12.5 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 10 MG, 15 MG, 5 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADDERALL XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 20 MG, 25 MG, 30 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG (amphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine oral tablet, disinteg er biphasic 24h 12.5 mg, 15.7 mg, 18.8 mg, 3.1 mg, 6.3 mg, 9.4 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
DYANAVEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML (amphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (240 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DYANAVEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (amphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
MYDAYIS ORAL CAPSULE, ER TRIPHASIC 24 HR 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
Enzymes - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML (brivaracetam)	Nivel 2	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (brivaracetam)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG (levetiracetam)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Levetiracetam ER within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG (levetiracetam)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Levetiracetam ER within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
KEPPRA ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levetiracetam)	Nivel 3	
KEPPRA ORAL TABLET 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Nivel 3	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
levetiracetam (Roweepra Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 3	
levetiracetam (Roweepra Xr Oral Tablet Extended Release 24 Hr 500 Mg, 750 Mg)	Nivel 3	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Nivel 3	PA
Estimulante Cns - Analépticos, Tipo Metilxantina - Drugs For The Nervous System		
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>caffeine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 3	
Gastric Acid Secretion Reducing- H2 Antagonist And Antispasmodic Comb. - Drugs For Insomnia		
DORAL ORAL TABLET 15 MG (quazepam)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for one of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
HALCION ORAL TABLET 0.25 MG (triazolam)	Nivel 3	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for one of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days
RESTORIL ORAL CAPSULE 15 MG, 22.5 MG, 30 MG, 7.5 MG (temazepam)	Nivel 3	
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Nivel 1	
Gastric Acid Secretion Reducing-H2 Antagonist And Antacid Combinations - Drugs For Insomnia		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
Gastrointestinal Antispasmodics - Drugs For Anxiety		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (alprazolam)	Nivel 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
ATIVAN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (lorazepam)	Nivel 3	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
KLONOPIN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (clonazepam)	Nivel 3	
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1 MG, 2 MG, 3 MG (lorazepam)	Nivel 3	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG (lorazepam)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Lorazepam tablets within the past 120 days
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VALIUM ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (diazepam)	Nivel 3	
XANAX ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (alprazolam)	Nivel 3	
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG (alprazolam)	Nivel 3	
Gi Antispasmodic Combinations - Drugs For Depression		
CELEXA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (citalopram hydrobromide)	Nivel 3	
<i>citalopram oral capsule 30 mg</i>	Nivel 3	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral capsule, delayed release (drlec) 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluvoxamine oral capsule, extended release 24hr 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
LEXAPRO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (escitalopram oxalate)	Nivel 3	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	Nivel 1	
PAXIL CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG (paroxetine HCl)	Nivel 3	
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5 ML (paroxetine HCl)	Nivel 3	
PAXIL ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (paroxetine HCl)	Nivel 3	
PROZAC ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG (fluoxetine HCl)	Nivel 3	
<i>sertraline oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
ZOLOFT ORAL CONCENTRATE 20 MG/ML (sertraline HCl)	Nivel 3	
ZOLOFT ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sertraline HCl)	Nivel 3	
Glucocorticoid-Anesthetic Combinations - Drugs For Depression		
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (vortioxetine hydrobromide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Hipnóticos - Agonistas De Receptor De Melatonina M1/M2 - Drugs For Insomnia		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (tasimelteon)	Nivel 4	PA
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG (tasimelteon)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone (Lunesta), Zaleplon (Sonata), or Zolpidem IR (Ambien) within the past 120 days
ROZEREM ORAL TABLET 8 MG (ramelteon)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone (Lunesta), Zaleplon (Sonata), or Zolpidem IR (Ambien) within the past 120 days
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	Nivel 4	PA
Hipnóticos - Combinaciones De Melatonina - Drugs For Insomnia		
AZO MENOPAUSE NIGHT-MELATONIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1-30 MG (melatonin/genistein)	Nivel 3	
COMPLETE BALANCE MENOPAUSE RLF ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 175-62-1 MG (NIGHT) (vit B/folic acid/calcium/soy xt/black cohosh xt/melatonin)	Nivel 3	
KIDS SLEEP CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5-25-12.5 MG (melatonin/theanine/lemon balm/chamomile flower/lavender)	Nivel 3	
KIDS SLEEP IMMUNE HEALTH ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG-45 MG- 12.5 MCG-3.75MG (melatonin/ascorbic acid/vitamin D3/zinc citrate/elderberry)	Nivel 3	
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6) oral tablet 5-1 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet extended release 5-10 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet, ir and er, biphasic 10-10 mg, 5-10 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin-theanine oral tablet 10-5.5 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin-theanine oral tablet, disintegrating 3-50 mg</i>	Nivel 3	
RELAX NIGHT CALM ORAL TABLET, CHEWABLE 1.5-12.5-50-0.5 MG (melatonin/5-hydroxytryptophan/theanine/lemon balm leaf xt)	Nivel 3	
REPOZEN SLEEP AID ORAL CAPSULE 5-30-50 MG (melatonin/gamma-aminobutyric acid/valerian)	Nivel 3	
SAMBUCUS HONEYBERRY NIGHT ORAL SYRUP 0.5 MG-3.5 GRAM -35 MG/7.5 ML (melatonin/honey/English ivy/elderberry/cider vinegar/C/zinc)	Nivel 3	
SLEEP CALM ORAL TABLET, CHEWABLE 3-50-12.5 MG (melatonin/theanine/lemon balm/chamomile flower/lavender)	Nivel 3	
SLEEP IMMUNE HEALTH ORAL TABLET, CHEWABLE 3 MG-45 MG-12.5 MCG-3.75 MG (melatonin/ascorbic acid/vitamin D3/zinc citrate/elderberry)	Nivel 3	
SLEEP SUPPORT (MELATONIN-HERB) ORAL TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE 1.5-22 MG-MCG (melatonin/herbal complex no.233)	Nivel 3	
SOOTHING NIGHT ORAL POWDER 3-350-250 MG/8.3 GRAM (melatonin/mag carbonate, glycinate/pot bic/GABA/glycine/lemon)	Nivel 3	
SOPORDREN ORAL CAPSULE 1-50-25-200 MG (melatonin/GABA/5-HTP/theanine/magnesium citrate, oxide/herbs)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUPERIOR SLEEP ORAL CAPSULE 5-50-50 MG (melatonin/5-HTP/tryptophan/theanine/magnesium/vit B6/herbal)	Nivel 3	
UNISOM SIMPLE SLUMBERS ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 MG (melatonin/passion flower/lemon balm)	Nivel 3	
Hipnóticos - Melatonina - Agentes Individuales - Drugs For Insomnia		
CHILDREN'S MELATONIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (melatonin)	Nivel 3	
CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN) ORAL LIQUID 1 MG/ML (melatonin)	Nivel 3	
KIDS MELATONIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (melatonin)	Nivel 3	
MAX SLEEP JUNIOR ORAL LIQUID 1 MG/ML (melatonin)	Nivel 3	
<i>melatonin oral capsule 10 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral drops 1 mg/4 ml, 10 mg/ml, 3 mg/4 ml</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral liquid 2.5 mg/10 ml</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral lozenge 5 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 10 mg, 12 mg, 5 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet 3 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet,chewable 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet,chewable 5 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet,disintegrating 1 mg, 10 mg, 12 mg, 3 mg, 5 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MELATONINMAX ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG (melatonin)	Nivel 3	
Immunosuppressive Agents - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	Nivel 1	
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
GABARONE ORAL TABLET 100 MG, 400 MG (gabapentin)	Nivel 3	
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG (pregabalin)	Nivel 3	
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML (pregabalin)	Nivel 3	
NEURONTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 300 MG, 400 MG (gabapentin)	Nivel 3	
NEURONTIN ORAL SOLUTION 250 MG/5 ML (gabapentin)	Nivel 3	
NEURONTIN ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (gabapentin)	Nivel 3	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Blood Administration Sets - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1	
CREXONT ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 35-140 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 52.5-210 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 70-280 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (7 EA per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 87.5-350 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (6 EA per 1 day)
DHIVY ORAL TABLET 25-100 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	
DUOPA J-TUBE INTESTINAL PUMP SUSPENSION 4.63-20 MG/ML (carbidopa/levodopa)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RYTARY ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day)
SINEMET ORAL TABLET 10-100 MG, 25-100 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML (foscarnidopa/foslevodopa)	Nivel 4	PA
Medical Supplies And Dme - Iv Sets-Tubing - Drugs For Parkinson		
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG (levodopa)	Nivel 4	PA
Medical Supplies And Dme - Needles And Syringes - Drugs For Parkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
APOKYN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/ML (apomorphine HCl)	Nivel 4	PA
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
GOCOVRI ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 137 MG, 68.5 MG (amantadine HCl)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1.5 MG, 2.25 MG, 3 MG, 3.75 MG (pramipexole di-HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR (rotigotine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML (apomorphine HCl)	Nivel 4	PA
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG, 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1) (amantadine HCl)	Nivel 3	PA
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Medical Supplies And Dme - Parenteral Therapy Supplies - Drugs For Parkinson		
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Durable Medical Equipment (Dme) - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	
LODOSYN ORAL TABLET 25 MG (carbidopa)	Nivel 3	
Migraine Therapy - Cgrp Receptor Blockers (Gepants And Mab) - Drugs For Migraine Headaches		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML (erenumab-aooe)	Nivel 2	PA; QL (1 ML per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG (rimegepant sulfate)	Nivel 2	PA; QL (18 EA per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG (atogepant)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (ubrogepant)	Nivel 2	PA; QL (16 EA per 30 days)
ZAVZPRET NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (zavegepant HCl)	Nivel 3	PA; QL (8 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Migraine Therapy - Selective Serotonin Agonists 5-Ht(1F) - Drugs For Migraine Headaches		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (lasmiditan succinate)	Nivel 2	PA; QL (8 EA per 30 days)
Sedantes-Hipnóticos - Agonistas Selectivos De Adrenoreceptor Alfa2 - Drugs For Insomnia		
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG (dexmedetomidine HCl)	Nivel 3	PA
Sedantes-Hipnóticos - Tipo Tricíclico Antidepresivo - Drugs For Insomnia		
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Doxepin solution or 10mg capsules, Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG (doxepin HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Doxepin solution or 10mg capsules, Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Terapia Antiparkinson - Agentes Anticolinérgicos - Drugs For Parkinson		
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Con Medicamentos Para Trastorno De Movimiento - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Nivel 4	PA; QL (4 EA per 1 day)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 4	PA; QL (2 EA per 1 day)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 4	PA; QL (1 EA per 1 day)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (deutetrabenazine)	Nivel 4	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Nivel 4	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 4	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 4	PA; QL (1 EA per 1 day)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 4	PA
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (tetrabenazine)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Dolor Neuropático - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 165 MG, 82.5 MG (pregabalin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 330 MG (pregabalin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Terapia De Migraña - Agonista De Serotonina 5-Ht(1) Y Comb. De Nsaid - Drugs For Migraine Headaches		
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Sumatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
Terapia De Migraña - Agonistas Selectivos De Serotonina 5-Ht(1) - Drugs For Migraine Headaches		
<i>almotriptan malate oral tablet 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>eletriptan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FROVA ORAL TABLET 2.5 MG (frovatriptan succinate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>frovatriptan oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
IMITREX ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sumatriptan succinate)	Nivel 3	QL (18 EA per 30 days)
IMITREX STATDOSE PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 4 MG/0.5 ML, 6 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Nivel 3	QL (18 ML per 30 days)
IMITREX STATDOSE REFILL SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4 MG/0.5 ML, 6 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Nivel 3	QL (18 ML per 30 days)
MAXALT ORAL TABLET 10 MG (rizatriptan benzoate)	Nivel 3	QL (27 EA per 30 days)
MAXALT-MLT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 10 MG (rizatriptan benzoate)	Nivel 3	QL (27 EA per 30 days)
MIGRANOW KIT, GEL AND TABLET 50 MG- 10 %-4 % (sumatriptan succinate/menthol/camphor)	Nivel 3	
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 30 days)
ONZETRA XSAIL NASAL AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 11 MG (sumatriptan succinate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Sumatriptan nasal spray within the past 120 days; QL (32 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELPAK ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (eletriptan hydrobromide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (27 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (27 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (36 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML per 30 days)
TOSYMRA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (sumatriptan)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (24 EA per 30 days)
ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 3 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Sumatriptan injection within the past 120 days; QL (18 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>zolmitriptan nasal spray, non-aerosol 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
ZOMIG NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2.5 MG, 5 MG (zolmitriptan)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
zolmitriptan (Zomig Oral Tablet 2.5 Mg, 5 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
Terapia De Migraña - Alkaloides De Cornezuelo Y Derivados - Drugs For Migraine Headaches		
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (15 ML per 14 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (8 ML per 28 days)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET 2 MG (ergotamine tartrate)	Nivel 3	QL (10 EA per 7 days)
MIGRANAL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.5 MG/PUMP ACT. (4 MG/ML) (dihydroergotamine mesylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (8 ML per 28 days)
TRUDHESA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.725 MG/PUMP ACT. (4 MG/ML) (dihydroergotamine mesylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (12 ML per 28 days); Age (Min 18 Years)
Terapia De Migraña - Bloqueador De Ligando Cgrp, Anticuerpo Monoclonal - Drugs For Migraine Headaches		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML (fremanezumab-vfrm)	Nivel 2	PA; QL (1.5 ML per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML (fremanezumab-vfrm)	Nivel 2	PA; QL (1.5 ML per 30 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Nivel 2	PA; QL (1 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Nivel 2	PA; QL (1 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Migraña - Derivados De Ácido Carboxílico - Drugs For Migraine Headaches		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 3	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Terapia De Trastorno De Movimiento - Discinesia Tardía - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Nivel 4	PA; QL (4 EA per 1 day)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 4	PA; QL (2 EA per 1 day)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 4	PA; QL (1 EA per 1 day)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (deutetrabenazine)	Nivel 4	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Nivel 4	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 4	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 4	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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Trastorno De Movimiento - Enfermedad De Huntington - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Nivel 4	PA; QL (4 EA per 1 day)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 4	PA; QL (2 EA per 1 day)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 4	PA; QL (1 EA per 1 day)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (deutetrabenazine)	Nivel 4	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 4	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 4	PA; QL (1 EA per 1 day)
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	Nivel 4	PA
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (tetrabenazine)	Nivel 4	PA
Terapia Para Trastorno Por Déficit De Atención-Hiperactividad (Tdah), De Tipo Nri - Drugs For Attention Deficit Disorder		
atomoxetine oral capsule 10 mg, 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG (viloxazine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Atomoxetine, Clonidine ER (Kapvay), Dexmethylphenidate, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine ER (INTUNIV), or generic IR Methylphenidate within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG (viloxazine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Atomoxetine, Clonidine ER (Kapvay), Dexmethylphenidate, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine ER (INTUNIV), or generic IR Methylphenidate within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo |
Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QELBREE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 200 MG (viloxazine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Atomoxetine, Clonidine ER (Kapvay), Dexmethylphenidate, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine ER (INTUNIV), or generic IR Methylphenidate within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
STRATTERA ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (atomoxetine HCl)	Nivel 3	
Tetracycline Antibiotic And Local Anesthetic Combinations - Drugs For The Nervous System		
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 300 MG (gabapentin enacarbil)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Gabapentin (Neurontin-generic available), Pramipexole IR, or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 600 MG (gabapentin enacarbil)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Gabapentin (Neurontin-generic available), Pramipexole IR, or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Thrombin Inhibitor - Selective Direct And Reversible - Drugs For Severe Mental Disorders		
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG (cariprazine HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Urinary Acidifier - Phosphates - Drugs For Migraine Headaches		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA per 7 days)
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG (ergotamine tartrate/caffeine)	Nivel 3	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		
CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (tadalafil)	Nivel 3	PA
CIALIS ORAL TABLET 5 MG (tadalafil)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
<i>tadalafil oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
<i>tadalafil oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Endocrino		
Antihyperglycemic - Dual Sglt1 And Sglt2 Inhibitors		
INPEFA ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sotagliflozin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days
Corticotropin-Releasing Factor (Crf) Type 1 Receptor Antagonists		
CRENESSITY ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG, 50 MG (crinecerfont)	Nivel 4	PA
CRENESSITY ORAL SOLUTION 50 MG/ML (crinecerfont)	Nivel 4	PA
Menopausal Symptoms Suppressant-Neurokinin 3 (Nk3) Receptor Antagonist		
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG (fezolinetant)	Nivel 3	
Endocrino - Hormones		
Abortivos - Antagonistas De Receptores De Progesterona - Drugs For Women		
MIFEPREX ORAL TABLET 200 MG (mifepristone)	Nivel 3	
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 0	
Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados De Imidazol - Drugs For Thyroid		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados De Tiouracilo - Drugs For Thyroid		
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
Agentes De Amiloidosis - Establizador De Transtiretina (Ttr) - Hormones		
ATTRUBY ORAL TABLET 356 MG (acoramidis HCl)	Nivel 4	PA
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG (tafamidis)	Nivel 4	PA
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG (tafamidis meglumine)	Nivel 4	PA
Agentes De Amiloidosis - Supresión De Ttr, Basado En Oligonucleótido Antisentido - Hormones		
WAINUA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 45 MG/0.8 ML (eplontersen sodium)	Nivel 4	PA
Agentes De Estimulación De Formación Ósea - De Tipo Hormonas Paratiroidea - Drugs For Menopause And Bone Loss		
BONSITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) (teriparatide)	Nivel 4	PA
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) (teriparatide)	Nivel 4	PA
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i>	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Estimulación De Formación Ósea - Péptidas De Liberación De Hormonas Paratiroidea - Drugs For Menopause And Bone Loss		
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) (abaloparatide)	Nivel 4	PA
Agentes Para Tratar Hipoglicemia (Hiperglucémicos) - Drugs For Diabetes		
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION (glucagon)	Nivel 2	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT INJECTION RECON SOLN 1 MG (glucagon HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
glucagon (Glucagon Emergency Kit (Human) Injection Recon Soln 1 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
<i>glucose oral tablet, chewable 2 gram</i>	Nivel 3	
<i>glucose oral tablet, chewable 3.75 gram, 4 gram</i>	Nivel 3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	
INSTA-GLUCOSE (WITH DEXTRIN) ORAL GEL 24 GRAM/31 GRAM (dextrose/dextrin/maltose)	Nivel 3	
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (diazoxide)	Nivel 3	
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
Agents To Treat Hypoglycemia (Hyperglycemics) Combinations - Hormones		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 4	PA
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 4	PA
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 4	PA
CORTROPHIN GEL SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 4	PA
Anabolic Steroids - Drugs For Diabetes		
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Análogos De Insulina - Combinaciones Fijas - Drugs For Diabetes		
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (75-25) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Nivel 3	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Nivel 2	
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Humalog Mix 75-25 within the past 120 days
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Humalog Mix 75-25 within the past 120 days
<i>insulin lispro protamin-lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (75-25)</i>	Nivel 1	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin aspart protamine human/insulin aspart)	Nivel 2	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin aspart protamine human/insulin aspart)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Análogos De Insulina - De Acción Prolongada - Drugs For Diabetes		
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
BASAGLAR TEMPO PEN(U-100)INSLN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Insulin glargine-yfgn, Toujeo or Tresiba within the past 365 days
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	Nivel 2	
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 2	
REZVOGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-aglr)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glargine-yfgn)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-yfgn)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML) (insulin glargine, human recombinant analog)	Nivel 2	
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	Nivel 2	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	Nivel 2	
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin degludec)	Nivel 2	
Análogos De Insulina - De Acción Rápida - Drugs For Diabetes		
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin glulisine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
APIDRA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glulisine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart (niacinamide))	Nivel 2	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart (niacinamide))	Nivel 2	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML) (insulin aspart (niacinamide)/pump cartridge)	Nivel 2	
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart (niacinamide))	Nivel 2	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, HALF-UNIT 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 3	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 3	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG TEMPO PEN(U-100)INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Insulin lispro, Novolog, Fiasp, or Lyumjev (non Tempo version) within the past 365 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 3	
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen, half-unit 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
KIRSTY PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart-xjhz)	Nivel 3	
KIRSTY SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart-xjhz)	Nivel 3	
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin lispro-aabc)	Nivel 2	
LYUMJEV TEMPO PEN(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Insulin lispro, Novolog, Fiasp, or Lyumjev (non Tempo version) within the past 365 days
LYUMJEV U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Nivel 2	
MERIOLOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart-szjj)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
MERIOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart-szjj)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart)	Nivel 2	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (insulin aspart)	Nivel 2	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Androgen - Combinations - Drugs For Diabetes		
DM2 COMBO PACK, TABLET AND STRIP 500 MG (metformin HCl/blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
metformin oral solution 500 mg/5 ml	Nivel 1	
metformin oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 850 mg	Nivel 1	
metformin oral tablet 625 mg, 750 mg	Nivel 3	
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	Nivel 1	
metformin oral tablet extended release 24hr 1,000 mg, 500 mg	Nivel 3	
metformin oral tablet, er gast.retention 24 hr 1,000 mg, 500 mg	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Glucophage XR within the past 120 days
RIOMET ORAL SOLUTION 500 MG/5 ML (metformin HCl)	Nivel 3	
Andrógeno - Agentes Únicos - Drugs For Men		
ANDROGEL TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) (testosterone)	Nivel 3	PA; QL (5 GM per 1 day)
testosterone cypionate (Depo-Testosterone Intramuscular Oil 100 Mg/ML)	Nivel 3	PA; QL (10 ML per 28 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
JATENZO ORAL CAPSULE 237 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
KYZATREX ORAL CAPSULE 100 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
KYZATREX ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
METHITEST ORAL TABLET 10 MG (methyltestosterone)	Nivel 3	PA
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	PA
NATESTO NASAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 5.5 MG/0.122 GRAM/ACTUATION (testosterone)	Nivel 3	PA; QL (22 GM per 30 days)
TESTIM TRANSDERMAL GEL 50 MG/5 GRAM (1 %) (testosterone)	Nivel 3	PA; QL (10 GM per 1 day)
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	Nivel 1	PA; QL (10 ML per 28 days)
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	Nivel 1	PA; QL (5 ML per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)</i>	Nivel 1	PA; QL (10 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation</i>	Nivel 1	PA; QL (4 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	Nivel 1	PA; QL (10 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	Nivel 1	PA; QL (5 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	Nivel 1	PA; QL (5 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)</i>	Nivel 1	PA; QL (10 GM per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)</i>	Nivel 1	PA; QL (1.25 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	Nivel 1	PA; QL (6 ML per 1 day)
TLANDO ORAL CAPSULE 112.5 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL 50 MG/5 GRAM (1 %) (testosterone)	Nivel 3	PA; QL (10 GM per 1 day)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 12.5 MG/ 1.25 GRAM (1 %) (testosterone)	Nivel 3	PA; QL (10 GM per 1 day)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1 % (50 MG/5 GRAM) (testosterone)	Nivel 3	PA; QL (10 GM per 1 day)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML (testosterone enanthate)	Nivel 3	PA; QL (2 ML per 28 days)
Antagonistas De Receptor De Hormona De Crecimiento - Drugs For Growth		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG (pegvisomant)	Nivel 4	
Antidepressant-Tricyclics And Related (Non-Select Reuptake Inhibitors) - Drugs For Diabetes		
BRENZAVVY ORAL TABLET 20 MG (bexagliflozin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	Nivel 2	
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (canagliflozin)	Nivel 2	
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (empagliflozin)	Nivel 2	
STEGLATRO ORAL TABLET 15 MG, 5 MG (ertugliflozin pidolate)	Nivel 2	
Antihiperoglucémicos - Agonistas De Receptor De Dopamina - Drugs For Diabetes		
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG (bromocriptine mesylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Metformin (Glucophage), Metformin ER, Glyburide/Metformin (Glucovance), or Glipizide/Metformin (Metaglip) within the past 180 days
Antihiperoglucémicos - Combinaciones De Inhibidor De Sglt-2 Y Biguanida - Drugs For Diabetes		
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (canagliflozin/metformin HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (canagliflozin/metformin HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG (ertugliflozin pidolate/metformin HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (empagliflozin/metformin HCl)	Nivel 2	
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 25-1,000 MG, 5-1,000 MG (empagliflozin/metformin HCl)	Nivel 2	
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (dapagliflozin propanediol/metformin HCl)	Nivel 2	
Antihiperoglucémicos - Combinaciones De Tiazolidinediona Y Biguanida - Drugs For Diabetes		
ACTOPLUS MET ORAL TABLET 15-850 MG (pioglitazone HCl/metformin HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonylurea, or preferred Metformin/Sulfonylurea combination within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonylurea, or preferred Metformin/Sulfonylurea combination within the past 120 days
Antihiperoglucémicos - Combinaciones De Tiazolidinediona Y Sulfonilurea - Drugs For Diabetes		
DUETACT ORAL TABLET 30-2 MG, 30-4 MG (pioglitazone HCl/glimepiride)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonylurea, or preferred Metformin/Sulfonylurea combination within the past 120 days
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonylurea, or preferred Metformin/Sulfonylurea combination within the past 120 days
Antihiperoglucémicos, De Tipo Análogo De Amilina - Drugs For Diabetes		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML (pramlintide acetate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 3	
Antihiper glucémicos, Miméticos De La Incretina, Agonista De Receptores De Glp-1 De Tipo Análogo - Drugs For Diabetes		
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML (exenatide microspheres)	Nivel 3	PA
<i>exenatide subcutaneous pen injector 10 mcg/dose(250 mcg/ml) 2.4 ml, 5 mcg/dose (250 mcg/ml) 1.2 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>liraglutide subcutaneous pen injector 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml)</i>	Nivel 1	PA
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) (semaglutide)	Nivel 2	PA
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG (semaglutide)	Nivel 2	PA
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML (dulaglutide)	Nivel 2	PA
VICTOZA 2-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Nivel 2	PA
VICTOZA 3-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihiper glucémicos-Insulina, De Acción Prolongada Y Comb De Agonista De Receptores De Glp-1 - Drugs For Diabetes		
SOLQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML (insulin glargine,human recombinant analog/lixisenatide)	Nivel 2	
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) (insulin degludec/liraglutide)	Nivel 2	
Antihyperglycemic - Dual GIP And GLP-1 Receptor Agonists - Drugs For Diabetes		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML (tirzepatide)	Nivel 2	PA
Antihyperglycemic - Meglitinide Analogs - Hormones		
DDAVP INJECTION SOLUTION 4 MCG/ML (desmopressin acetate)	Nivel 3	
DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG, 0.2 MG (desmopressin acetate)	Nivel 3	
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 150 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Nivel 3	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOC DURNA (MEN) SUBLINGUAL TABLET, DISINTEGRATING 55.3 MCG (desmopressin acetate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
NOC DURNA (WOMEN) SUBLINGUAL TABLET, DISINTEGRATING 27.7 MCG (desmopressin acetate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
Antihyperglycemic (Antidiabetic) Combinations - Drugs For Growth		
MYCAPSSA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 MG (octreotide acetate)	Nivel 4	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Nivel 4	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Nivel 4	
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 50 MCG/ML, 500 MCG/ML (octreotide acetate)	Nivel 4	
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) (pasireotide diaspertate)	Nivel 4	PA
Antileprotic - Phenazine Dye Derivatives - Drugs For Menopause And Bone Loss		
YORVIPATH SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 168 MCG/0.56 ML, 294 MCG/0.98 ML, 420 MCG/1.4 ML (paleopeteriparotide)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Antiandrogens - Drugs For Women		
estradiol/norethindrone acetate (Abigale Lo Oral Tablet 0.5-0.1 Mg)	Nivel 1	
estradiol/norethindrone acetate (Abigale Oral Tablet 1-0.5 Mg)	Nivel 1	
ACTIVEVILLA ORAL TABLET 1-0.5 MG (estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 3	
BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG (estradiol/progesterone)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
BIJUVA ORAL CAPSULE 1-100 MG (estradiol/progesterone)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/24 HR (estradiol/levonorgestrel)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Combipatch within the past 120 days; QL (1 EA per 7 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR (estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 2	QL (2 EA per 7 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	Nivel 1	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Fyavolv Oral Tablet 0.5-2.5 Mg-Mcg, 1-5 Mg-Mcg)	Nivel 1	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Jinteli Oral Tablet 1-5 Mg-Mcg)	Nivel 1	
estradiol/norethindrone acetate (Mimvey Oral Tablet 1-0.5 Mg)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	Nivel 1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14) (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Nivel 2	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Nivel 2	
Antineoplastic - Hormone/Hormone Antagonist Agents - Drugs For Women		
COVARYX H.S. ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
COVARYX ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
EEMT HS ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
EEMT ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
ESTRATEST F.S. ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
<i>estrogens-methyltestosterone oral tablet 0.625-1.25 mg, 1.25-2.5 mg</i>	Nivel 1	
Antineoplastic - Selective Retinoid X Receptor Agonists - Drugs For Women		
<i>norethindrone acetate (Gallifrey Oral Tablet 5 Mg)</i>	Nivel 1	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
PROMETRIUM ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (progesterone, micronized)	Nivel 3	
PROVERA ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (medroxyprogesterone acetate)	Nivel 3	
Antineoplastics - Drugs For Inflammation		
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	Nivel 1	
Bone Formation Stimulating Agents - Natriuretic Peptide - Drugs For Menopause And Bone Loss		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 0.4 MG, 0.56 MG, 1.2 MG (vosoritide)	Nivel 4	PA
Calcimimético, Potenciador De Sensibilidad De Receptores De Calcio Paratiroideo - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 4	QL (2 EA per 1 day)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	Nivel 4	QL (4 EA per 1 day)
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (cinacalcet HCl)	Nivel 4	QL (2 EA per 1 day)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG (cinacalcet HCl)	Nivel 4	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>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OSENI ORAL TABLET 12.5-30 MG, 25-45 MG (alogliptin benzoate/pioglitazone HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
Cephalosporin Antibiotic And Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Hormones		
MYALEPT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG/ML (FINAL CONC.) (metreleptin)	Nivel 4	PA
Cmv Antiviral Agent - Nucleotide Analogs - Drugs For Diabetes		
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG (empagliflozin/linagliptin)	Nivel 2	
QTERN ORAL TABLET 10-5 MG, 5-5 MG (dapagliflozin propanediol/saxagliptin HCl)	Nivel 3	
STEGLUJAN ORAL TABLET 15-100 MG, 5-100 MG (ertugliflozin pidolate/sitagliptin phosphate)	Nivel 3	
Combinaciones De Sales Glucocorticoides - Drugs For Inflammation		
BETALOAN SUIK KIT 6 MG/ML (betamethasone acetate and sodium phosph/norflurane/HFC 245fa)	Nivel 3	
Contraceptive Injectable Combinations - Hormones		
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (osilodrostat phosphate)	Nivel 4	PA
RECORLEV ORAL TABLET 150 MG (levoketoconazole)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Contraceptive Oral - Monophasic - Drugs For Menopause And Bone Loss		
ACTONEL ORAL TABLET 150 MG (risedronate sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
ACTONEL ORAL TABLET 35 MG (risedronate sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	Nivel 1	QL (75 ML per 7 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	
ATELVIA ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 35 MG (risedronate sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)
BINOSTO ORAL TABLET, EFFERVESCENT 70 MG (alendronate sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (4 EA per 28 days)
FOSAMAX ORAL TABLET 70 MG (alendronate sodium)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)
Contraceptive Oral - Triphasic - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	Nivel 1	
MIACALCIN INJECTION SOLUTION 200 UNIT/ML (calcitonin, salmon, synthetic)	Nivel 3	
Contraceptives Implant - Drugs For Women		
CERVIDIL VAGINAL INSERT, EXTENDED RELEASE 10 MG (dinoprostone)	Nivel 3	
PREPIDIL VAGINAL GEL 0.5 MG/3 G (dinoprostone)	Nivel 3	
Diabetic Therapy - Drugs For Menopause And Bone Loss		
EVISTA ORAL TABLET 60 MG (raloxifene HCl)	Nivel 3	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
Diagnostic - Urine Test Combinations - Drugs For Diabetes		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>glimepiride oral tablet 3 mg</i>	Nivel 3	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 10 MG, 5 MG (glipizide)	Nivel 3	
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diagnostic Biologicals - Drugs For Diabetes		
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	
Estrogen-Androgen - Drugs For Diabetes		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
PRECOSE ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (acarbose)	Nivel 3	
Estrogen-Antianxiety Agent - Drugs For Diabetes		
ACTOS ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG (pioglitazone HCl)	Nivel 3	
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
Estrógenos - Drugs For Women		
CLIMARA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.025 MG/24 HR, 0.0375 MG/24 HR, 0.05 MG/24 HR, 0.06 MG/24 HR, 0.075 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol)	Nivel 3	QL (1 EA per 7 days)
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 20 MG/ML (estradiol valerate)	Nivel 3	
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML (estradiol cypionate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 0.25 MG/0.25 GRAM (0.1 %), 0.5 MG/0.5 GRAM (0.1 %), 0.75 MG/0.75 GRAM (0.1%) (estradiol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1 MG/GRAM (0.1 %) (estradiol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days)
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1.25 MG/1.25 GRAM (0.1 %) (estradiol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (37.5 GM per 30 days)
estradiol (Dotti Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Nivel 1	QL (2 EA per 7 days)
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 0.87 GRAM/ACTUATION (estradiol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (52 GM per 30 days)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>estradiol transdermal gel in metered-dose pump 1.25 gram/actuation</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days
<i>estradiol transdermal gel in packet 0.25 mg/0.25 gram (0.1 %), 0.5 mg/0.5 gram (0.1 %), 0.75 mg/0.75 gram (0.1%)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1 mg/gram (0.1 %)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1.25 mg/1.25 gram (0.1 %)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (37.5 GM per 30 days)
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 7 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 7 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 1.25 GRAM/ACTUATION (estradiol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days
EVAMIST TRANSDERMAL SPRAY, NON-AEROSOL 1.53 MG/SPRAY (1.7%) (estradiol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (16.2 ML per 30 days)
estradiol (Lyllana Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Nivel 1	QL (2 EA per 7 days)
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG (estrogens, esterified)	Nivel 3	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 14 MCG/24 HR (estradiol)	Nivel 3	QL (1 EA per 7 days)
MINIVELLE TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.025 MG/24 HR, 0.0375 MG/24 HR, 0.05 MG/24 HR, 0.075 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol)	Nivel 3	QL (2 EA per 7 days)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (estrogens, conjugated)	Nivel 2	
VIVELLE-DOT TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.025 MG/24 HR, 0.0375 MG/24 HR, 0.05 MG/24 HR, 0.075 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol)	Nivel 3	QL (2 EA per 7 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Factor De Crecimiento De Tipo Insulina-1 (Igf-1) - Hormones		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (mecasermin)	Nivel 4	PA
Glucocorticoides - Drugs For Inflammation		
AGAMREE ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (vamorolone)	Nivel 4	PA
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG (hydrocortisone)	Nivel 4	PA
CORTEF ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (hydrocortisone)	Nivel 3	
<i>cortisone oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>deflazacort oral suspension 22.75 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
<i>deflazacort oral tablet 18 mg, 30 mg, 36 mg, 6 mg</i>	Nivel 4	PA
dexamethasone (Dexabliss Oral Tablets,Dose Pack 1.5 Mg (39 Tabs))	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL DROPS 1 MG/ML (dexamethasone)	Nivel 3	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dexamethasone oral tablets, dose pack 1.5 mg (21 tabs), 1.5 mg (35 tabs), 1.5 mg (51 tabs)</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
DEXONTO IONTOPHORETIC SOLUTION 0.4 % (dexamethasone sodium phosphate)	Nivel 3	
DMT SUIK KIT 10 MG/ML (dexamethasone/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML (deflazacort)	Nivel 4	PA
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG, 30 MG, 36 MG, 6 MG (deflazacort)	Nivel 4	PA
EOHILIA ORAL SUSPENSION IN PACKET 2 MG/10 ML (budesonide)	Nivel 4	PA
HEMADY ORAL TABLET 20 MG (dexamethasone)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone sod succinate injection recon soln 100 mg</i>	Nivel 1	
deflazacort (Jaythari Oral Tablet 18 Mg, 30 Mg, 36 Mg, 6 Mg)	Nivel 4	PA
KENALOG INJECTION SUSPENSION 10 MG/ML, 40 MG/ML (triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION 80 MG/ML (triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
KHINDIVI ORAL SOLUTION 1 MG/ML (hydrocortisone)	Nivel 4	
MEDROL (PAK) ORAL TABLETS, DOSE PACK 4 MG (methylprednisolone)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 4 MG, 8 MG (methylprednisolone)	Nivel 3	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG (methylprednisolone)	Nivel 2	
MEDROLOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (methylprednisolone acetate/norflurane/HFC 245fa)	Nivel 3	
MEDROLOAN SUIK KIT 40 MG/ML (methylprednisolone acetate/norflurane/HFC 245fa)	Nivel 3	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i>	Nivel 1	
ORAPRED ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 10 MG, 15 MG, 30 MG (prednisolone sodium phosphate)	Nivel 3	
PEDIAPRED ORAL SOLUTION 5 MG BASE/5 ML (6.7 MG/5 ML) (prednisolone sodium phosphate)	Nivel 3	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Prednisone tablets, generic Methylprednisolone tablets, or Prednisolone 15mg/5mL oral solution within the past 365 days
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREDNISONA INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML (prednisone)	Nivel 2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
RAYOS ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 1 MG, 2 MG, 5 MG (prednisone)	Nivel 3	PA
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML (hydrocortisone sodium succinate/PF)	Nivel 3	
dexamethasone (Taperdex Oral Tablets, Dose Pack 1.5 Mg (21 Tabs), 1.5 Mg (49 Tabs))	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
TAPERDEX ORAL TABLETS, DOSE PACK 1.5 MG (27 TABS) (dexamethasone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
TARPEYO ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 4 MG (budesonide)	Nivel 4	PA
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	
TRILOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRILOAN SUIK KIT 40 MG/ML (triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
prednisolone sodium phosphate (Veripred 20 Oral Solution 20 Mg/5 MI (4 Mg/MI))	Nivel 3	
ZCORT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1.5 MG (25 TABS) (dexamethasone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
Gonadotropina Coriónica Humana (Hcg) - Drugs For Women		
<i>chorionic gonadotropin, human intramuscular recon soln 10,000 unit</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Novarel or Ovidrel within the past 120 days
NOVAREL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 5,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Nivel 2	
OVIDREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MCG/0.5 ML (choriogonadotropin alfa)	Nivel 2	
PREGNYL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Novarel or Ovidrel within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hormona Estimulante De Folículo (Fsh) - Drugs For Women		
FOLLISTIM AQ SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 300 UNIT/0.36 ML, 600 UNIT/0.72 ML, 900 UNIT/1.08 ML (follitropin beta, recombinant)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for Gonal-F or Gonal-F-RFF within the past 120 days
GONAL-F RFF REDI-JECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 UNIT/0.48 ML, 450 UNIT/0.72 ML, 900 UNIT/1.44 ML (follitropin alfa, recombinant)	Nivel 4	
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Nivel 4	
GONAL-F SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,050 UNIT, 450 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Nivel 4	
Hormonas De Tiroides - Fuente Animal (Porcino) - Drugs For Thyroid		
ADTHYZA ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 60 MG (thyroid, pork)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
ADTHYZA ORAL TABLET 130 MG, 16.25 MG, 30 MG, 32.5 MG, 65 MG, 90 MG, 97.5 MG (thyroid, pork)	Nivel 3	
ARMOUR THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid, pork)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NIVA THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
NP THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 1	
RENTHYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG (thyroid,pork)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
RENTHYROID ORAL TABLET 30 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 3	
<i>thyroid (pork) oral tablet 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
Hormonas De Tiroides - Sintético T3 (Triyodotironina) - Drugs For Thyroid		
CYTOMEL ORAL TABLET 25 MCG, 5 MCG, 50 MCG (liothyronine sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Liothyronine tablets within the past 120 days
liothyronine sodium (Liomny Oral Tablet 25 Mcg, 5 Mcg, 50 Mcg)	Nivel 1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Nivel 1	
Hormonas De Tiroides - Sintético T4 (Tiroxina) - Drugs For Thyroid		
ERMEZA ORAL SOLUTION 30 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Nivel 1	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>levothyroxine oral capsule 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Nivel 1	PA
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
THYQUIDITY ORAL SOLUTION 20 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (20 ML per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TIROSINT ORAL CAPSULE 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 13 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 37.5 MCG, 44 MCG, 50 MCG, 62.5 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 3	PA
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Nivel 3	PA
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Hormonas Estimulantes De Folículo Y Luteinizantes - Drugs For Women		
MENOPUR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (menotropins)	Nivel 4	
Hyperuricemia Therapy - Xanthine Oxidase Inhibitors - Drugs For Women		
<i>paroxetine mesylate(menop.sym) oral capsule 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Paroxetine HCL or Venlafaxine within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidor De 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)	Nivel 2	
Inhibidor De Prolactina - Agonistas De Receptor De Dopamina Derivados De Cornezuelo - Drugs For Women		
cabergoline oral tablet 0.5 mg	Nivel 1	
Inhibidores De Resorción Ósea - Bifosfonatos Y Combinaciones De Vitamina D - Drugs For Menopause And Bone Loss		
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG- 2,800 UNIT, 70 MG- 5,600 UNIT (alendronate sodium/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 2	
Insulin - Beef - Drugs For Women		
clomiphene citrate (Clomid Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 3	
clomiphene citrate oral tablet 50 mg	Nivel 1	
Insulin - Human And Analogs, Fixed Combinations - Drugs For Growth		
GENOTROPIN MINISYN 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)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML) (somatropin)	Nivel 4	PA
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT), 6 MG (18 UNIT) (somatropin)	Nivel 4	PA
NGENLA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML), 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) (somatrogonghla)	Nivel 4	PA
NORDITROPIN FLEXPOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somatropin)	Nivel 4	PA
NUTROPIN AQ NUSPIN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/2 ML (5 MG/ML), 20 MG/2 ML (10 MG/ML), 5 MG/2 ML (2.5 MG/ML) (somatropin)	Nivel 4	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somatropin)	Nivel 4	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG (somatropin)	Nivel 4	PA
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.) (somatropin)	Nivel 4	PA
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG (somatropin)	Nivel 4	PA
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 13.3 MG, 3 MG, 3.6 MG, 4.3 MG, 5.2 MG, 6.3 MG, 7.6 MG, 9.1 MG (lonapegsomatropin-tcgd)	Nivel 4	PA
SOGROYA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somapacitan-beco)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 5 MG (somatropin)	Nivel 4	PA
Insulin Pork Combinations - Drugs For Women		
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML (nafarelin acetate)	Nivel 4	PA
Insulina Humana - Combinaciones Fijas - Drugs For Diabetes		
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	
Insulina Humana - De Acción Corta - Drugs For Diabetes		
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin regular, human)	Nivel 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML (insulin regular, human)	Nivel 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML) (insulin regular, human)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/100 ML (1 UNIT/ML) (insulin regular, human in 0.9 % sodium chloride)	Nivel 3	
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin regular, human)	Nivel 2	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin regular, human)	Nivel 2	
Insulina Humana - De Acción Intermedia - Drugs For Diabetes		
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	
Insulina Humana - De Acción Rápida - Drugs For Diabetes		
AFREZZA INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 12 UNIT, 4 UNIT, 4 UNIT (90)/ 8 UNIT (90), 4 UNIT/8 UNIT/ 12 UNIT (60), 8 UNIT, 8 UNIT (90)/ 12 UNIT (90) (insulin regular, human)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 2	
ORIAHNN ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 300-1-0.5MG(AM) /300 MG(PM) (elagolix sodium/estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 2	
Lhrh (Gnrh) Antagonistas - Drugs For Women		
<i>cetrorelix subcutaneous kit 0.25 mg</i>	Nivel 4	
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT 0.25 MG (cetrorelix acetate)	Nivel 4	
ganirelix acetate (Fyremadel Subcutaneous Syringe 250 Mcg/0.5 ml)	Nivel 4	
<i>ganirelix subcutaneous syringe 250 mcg/0.5 ml</i>	Nivel 4	
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (elagolix sodium)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Denture Care Supplies - Drugs For Women		
ANGELIQ ORAL TABLET 0.25-0.5 MG, 0.5-1 MG (drospirenone/estradiol)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Infant Diapers - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin phosphate)	Nivel 2	
NESINA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (alogliptin benzoate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
<i>saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
<i>sitagliptin oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG (linagliptin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
ZITUVIO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
Ocitótico - Alcaloides De Cornezuelo - Drugs For Women		
<i>methylergonovine oral tablet 0.2 mg</i>	Nivel 1	QL (28 EA per 30 days)
Oral Antidiabetic Agents - Drugs For Growth		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG (tesamorelin acetate)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EGRIFTA WR SUBCUTANEOUS KIT 11.6 MG (tesamorelin acetate)	Nivel 4	PA
Penicillin Antibiotic - Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Drugs For Women		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG (estrogens, conjugated/bazedoxifene acetate)	Nivel 2	
Pharmaceutical Adjuvant - Tableting - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin-metformin oral tablet 12.5-1,000 mg, 12.5-500 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphate/metformin HCl)	Nivel 2	
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphate/metformin HCl)	Nivel 2	
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG (linagliptin/metformin HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG (linagliptin/metformin HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KAZANO ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG (alogliptin benzoate/metformin HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
Potenciador De Fertilidad - Apoyo A La Fase Lútea, Tipo-Progesterona - Drugs For Women		
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (progesterone, micronized)	Nivel 2	
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT 100 MG (progesterone, micronized)	Nivel 2	
Supresores Pituitario De Inhibidor De Gonadotropina - Drugs For Women		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Urinary Antibacterial - Quinolones - Drugs For Diabetes		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG (mifepristone)	Nivel 4	PA
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Gastrointestinal Prokinetic Combinations - Drugs For The Nervous System		
Agente De Esclerosis Múltiple - Análogos De Nucleósido Purina - Drugs For Multiple Sclerosis		
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 4	PA
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 4	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Anticuerpo Monoclonal Específico De Cd20 - Drugs For Multiple Sclerosis		
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML (ofatumumab)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente De Esclerosis Múltiple - Bloqueador De Canal De Potasio - Drugs For Multiple Sclerosis		
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 10 MG (dalfampridine)	Nivel 4	PA
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	Nivel 1	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Inhibidores De Síntesis De Pirimidina - Drugs For Multiple Sclerosis		
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG (teriflunomide)	Nivel 2	PA
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	Nivel 1	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Interferonas - Drugs For Multiple Sclerosis		
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG (interferon beta-1b)	Nivel 2	PA
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SYRINGE 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 4	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 2	PA
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a/albumin human)	Nivel 2	PA
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML, 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) (interferon beta-1a/albumin human)	Nivel 2	PA
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) (interferon beta-1a/albumin human)	Nivel 2	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Modulador De Receptor De Esfingosina 1-Fosfato - Drugs For Multiple Sclerosis		
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG (fingolimod HCl)	Nivel 4	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG (fingolimod HCl)	Nivel 2	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG (siponimod)	Nivel 4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS) (siponimod)	Nivel 4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS) (siponimod)	Nivel 4	PA
PONVORY 14-DAY STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 2 MG (2) - 10 MG (3) (ponesimod)	Nivel 4	PA
PONVORY ORAL TABLET 20 MG (ponesimod)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG (fingolimod lauryl sulfate)	Nivel 4	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Nivel 4	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Nivel 4	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (ozanimod hydrochloride)	Nivel 4	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Otros - Drugs For Multiple Sclerosis		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 95 MG (monomethyl fumarate)	Nivel 4	PA
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML, 40 MG/ML (glatiramer acetate)	Nivel 2	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
glatiramer acetate (Glatopa Subcutaneous Syringe 20 Mg/ML, 40 Mg/ML)	Nivel 1	PA
TECFIDERA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 120 MG, 120 MG (14)- 240 MG (46), 240 MG (dimethyl fumarate)	Nivel 2	PA
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG (diroximel fumarate)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations		
Glycopeptide Antibiotics - Rectal Preparations		
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>	Nivel 1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W) (nitroglycerin)	Nivel 3	
Minerals And Electrolytes - Iodine Combinations - Rectal Preparations		
ANUCORT-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG (hydrocortisone acetate)	Nivel 1	
ANUSOL-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG (hydrocortisone acetate)	Nivel 3	
hydrocortisone (Anusol-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 3	
HEMMOREX-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG, 30 MG (hydrocortisone acetate)	Nivel 3	
<i>hydrocortisone acetate rectal suppository 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone acetate topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	Nivel 3	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
MICORT-HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 % (hydrocortisone acetate)	Nivel 3	
hydrocortisone acetate (Proctocort Rectal Suppository 30 Mg)	Nivel 3	
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
Minerals And Electrolytes - Potassium - Rectal Preparations		
hydrocortisone acetate/pramoxine HCl (Analpram-Hc Rectal Cream 1-1 %)	Nivel 3	
ANALPRAM-HC RECTAL CREAM 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 3	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal cream 1-1 %, 2.5-1 %, 2.5-1 % (4g)</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal suppository 25-18 mg</i>	Nivel 3	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal cream 3-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal gel 3 %-2.5 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 2 %-2 % (7 gram)</i>	Nivel 3	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 3-0.5 %, 3-1 % (7 gram), 3-2.5 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal gel 2.8-0.55 %</i>	Nivel 1	
PROCORT RECTAL CREAM 1.85-1.15 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 3	
PROCTOFOAM HC RECTAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
ZYPRAM RECTAL KIT, CREAM AND TOWELETTE 2.35-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl/skin cleanser no.16)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations		
Dermatitis Agents, Systemic - IL-31 Receptor Alpha Antagonist Mab		
NEMLUVIO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 30 MG (nemolizumab-ilto)	Nivel 4	PA
Dermatological - Nitric Oxide Releasing Agents		
ZELSUVM TOPICAL GEL 10.3 % (berdazimer sodium)	Nivel 3	PA
Hair Growth Agents - Kinase Inhibitor		
LEQSELVI ORAL TABLET 8 MG (deuruxolitinib phosphate)	Nivel 4	PA
LITFULO ORAL CAPSULE 50 MG (ritlecitinib tosylate)	Nivel 4	PA
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (baricitinib)	Nivel 4	PA
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations - Drugs For The Skin		
Acne Therapy Topical - Androgen Receptor Inhibitors - Drugs For The Skin		
WINLEVI TOPICAL CREAM 1 % (clascoterone)	Nivel 3	PA; QL (60 GM per 30 days)
Agentes Antipsoriático - Antagonistas De Interleucinas-23 (IL-23), Anticuerpos Mc - Drugs For The Skin		
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Nivel 4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 4	PA
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 4	PA
Agentes Antipsoriáco - Inhibidores De Interleucinas 12 E Il-23, Anticuerpos Mc - Drugs For The Skin		
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	Nivel 4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab)	Nivel 4	PA
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab-stba)	Nivel 4	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 4	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 4	PA
Agentes De Dermatitis O Eccema, Sistémico-Antag. De Interleucinas-4 (Il-4Ra) Mab - Drugs For The Skin		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Dermatitis O Eccema, Tópico - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 - Drugs For The Skin		
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 % (crisaborole)	Nivel 2	PA; QL (100 GM per 30 days)
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.15 % (roflumilast)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
Agentes Individuales De Escabicida Y Pediculicida - Drugs For The Skin		
crotamiton (Crotan Topical Lotion 10 %)	Nivel 3	
ELIMITE TOPICAL CREAM 5 % (permethrin)	Nivel 3	
EURAX TOPICAL CREAM 10 % (crotamiton)	Nivel 3	
EURAX TOPICAL LOTION 10 % (crotamiton)	Nivel 3	
LICE-BEDBUG-MITE BEDDING AEROSOL, SPRAY 0.5 % (permethrin)	Nivel 3	
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	Nivel 1	
NATROBA TOPICAL SUSPENSION 0.9 % (spinosad)	Nivel 3	
OVIDE TOPICAL LOTION 0.5 % (malathion)	Nivel 3	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	Nivel 1	
crotamiton (Pruradik Topical Lotion 10 %)	Nivel 3	
<i>spinosad topical suspension 0.9 %</i>	Nivel 1	
ULESFIA TOPICAL LOTION 5 % (benzyl alcohol)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Individuales De Irritantes Dermatológicos-Antiirritantes - Drugs For The Skin		
<i>methyl salicylate oil</i>	Nivel 3	
<i>methyl salicylate topical liquid</i>	Nivel 3	
QUTENZA TOPICAL KIT 8 % (capsaicin/skin cleanser)	Nivel 3	PA
WINTERGREEN OIL OIL (methyl salicylate)	Nivel 3	
Androgen Salt Combinations - Drugs For The Skin		
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 % (mechlorethamine HCl)	Nivel 4	PA
Anticoagulants - Drugs For The Skin		
REGGRANEX TOPICAL GEL 0.01 % (becaplermin)	Nivel 2	
Anticonvulsant - Benzodiazepines - Drugs For The Skin		
OTZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (apremilast)	Nivel 4	PA
OTZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) (apremilast)	Nivel 4	PA
Antihyperlipidemic Agents - Dietary Source Combinations - Drugs For The Skin		
<i>acyclovir topical cream 5 %</i>	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for oral generic Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir within the past 365 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	
<i>penciclovir topical cream 1 %</i>	Nivel 3	
ZOVIRAX TOPICAL OINTMENT 5 % (acyclovir)	Nivel 3	
Antipruriginosos Dermatológicos - Antihistamínicos - Drugs For The Skin		
<i>doxepin topical cream 5 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
Antipruriginosos Dermatológicos Otros - Drugs For The Skin		
LEVICYN ANTIPRURITIC TOPICAL GEL (sod Mg fluo/sodium phos/NaCl/hypochlorous acid/sod hypochlor)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsoriático - Retinoide (Derivado De Vitamina A) - Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
DUOBRII TOPICAL LOTION 0.01-0.045 % (halobetasol propionate/tazarotene)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (200 GM per 28 days)
Antipsoriatic Agents - Interleukin-36 (Il-36) Receptor Antagonist, Mc - Drugs For The Skin		
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (spesolimab-sbzo)	Nivel 4	
Antipsoriatic Agents - Tyrosine Kinase 2 (Tyk2) Inhibitor - Drugs For The Skin		
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG (deucravacitinib)	Nivel 4	PA
Beta Blockers Cardiac Selective, Intrinsic Sympathomimetic Activity - Drugs For The Skin		
EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE TOPICAL SHEET 14 MM, 2 X 3 CM, 4 X 4 CM, 7 X 7 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GRAFIX CORE TOPICAL SHEET 1.5 X 2 CM, 14 MM, 16 MM, 2 X 3 CM, 3 X 4 CM, 5 X 5 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 3	
GRAFIX PRIME TOPICAL SHEET 1.5 X 2 CM, 14 MM, 16 MM, 2 X 3 CM, 3 X 4 CM, 5 X 5 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 3	
GRAFIX XC TOPICAL SHEET 7.5 X 15 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 3	
STRAVIX TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 3 X 6 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 3	
TRUSKIN TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 4 X 8 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 3	
Beta Blockers Non-Cardiac Selective - Drugs For The Skin		
CLODAN KIT TOPICAL KIT, SHAMPOO AND CLEANSER 0.05 % (clobetasol propionate/skin cleanser combination no.28)	Nivel 3	
HYDROCORTISONE LOTION COMPLETE TOPICAL COMBO PACK 2 % (hydrocortisone/skin cleanser)	Nivel 3	
SYNALAR TS TOPICAL KIT 0.01 % (fluocinolone acetonide/skin cleanser comb no.28)	Nivel 3	
XILAPAK TOPICAL KIT 0.01 % (fluocinolone acetonide/skin cleanser no.10/silicone, tape)	Nivel 3	
Cmv Antiviral Agent - Nucleoside Analogs - Drugs For The Skin		
BIMZELX AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 160 MG/ML, 320 MG/2 ML (bimekizumab-bkzx)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIMZELX SUBCUTANEOUS SYRINGE 160 MG/ML, 320 MG/2 ML (bimekizumab-bkzx)	Nivel 4	PA
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 2	PA
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 2	PA
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 2	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 2	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML (secukinumab)	Nivel 4	PA
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (secukinumab)	Nivel 4	PA
SILIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.5 ML (brodalumab)	Nivel 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 4	PA
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.25 ML, 40 MG/0.5 ML, 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 4	PA
Combinaciones De Cuidado De Lesiones Otros - Drugs For The Skin		
<i>balsam peru-castor oil topical ointment</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>balsam peru-castor oil topical ointment in packet</i>	Nivel 3	
BPCO TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Nivel 3	
DERMACINRX CLORHEXACIN TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 3	
DERMACINRX SURGICAL PHARMAPAK TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 3	
DERMAWERX SURGICAL PLUS PAK TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 3	
DERMULCERA TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Nivel 3	
FILSUVEZ TOPICAL GEL 10 % (birch bark extract)	Nivel 4	PA
LEVICYN ANTIPRURITIC TOPICAL GEL (sod Mg fluo/sodium phos/NaCl/hypochlorous acid/sod hypochlor)	Nivel 3	
VENELEX TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Nivel 3	
VENELEX TOPICAL OINTMENT IN PACKET (balsam peru/castor oil)	Nivel 3	
WHYTEDERM SURGIPAK TOPICAL KIT 2-4-2 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 3	
Combinaciones De Escabicida Y Pediculicida - Drugs For The Skin		
NIX LICE PREVENTION TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.06-0.35-0.6 % (rosemary oil/lemongrass/citronella oil)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones De Terapia Para El Acné Tópica Otros - Drugs For The Skin		
ADALINA TOPICAL GEL 5-4 % (spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
DIMOXIA TOPICAL GEL 5-4 % (spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
Cuidado De Lesiones - Combinaciones De Limpiadores - Drugs For The Skin		
ATRAPRO DERMAL SPRAY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003-0.004 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
DELUXO TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.018 %-0.004 % -0.06 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
EPICYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (hypochlorous acid/sodium chloride/sodium phosphate)	Nivel 3	
HYCLODEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluor/e.water)	Nivel 3	
HYPOCYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
LEVICYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.009 % (hypochlorous acid/sod chlor/sod sulfate/sod phosphate,mono)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICROCYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003 %-0.004 % -0.023 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
RENOVAR IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
RENOVAR TOPICAL SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
Cuidado De Lesiones - Limpiadores - Drugs For The Skin		
SIMPLY SALINE WOUND WASH TOPICAL AEROSOL, SPRAY 0.9 % (sodium chloride)	Nivel 3	
VASHE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 0.033 % (sodium chloride irrigating solution/hypochlorous acid)	Nivel 3	
Cuidado De Lesiones - Vendajes - Drugs For The Skin		
ACESO AG TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (silver/silicone/foam bandage)	Nivel 3	
ACTICOAT 7 DRESSING TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver)	Nivel 3	
ACTICOAT DRESSING TOPICAL BANDAGE 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 48 ", 4 X 8 ", 5 X 5 ", 8 X 16 " (silver)	Nivel 3	
ACTICOAT FLEX 3 DRESSING TOPICAL BANDAGE 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 48 ", 4 X 8 ", 8 X 16 " (silver)	Nivel 3	
ACTICOAT FLEX 7 DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 24 ", 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 5 ", 6 X 6 ", 8 X 16 " (silver)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 7 X 7 " (foam bandage)	Nivel 3	
ALLEVYN AG ADHESIVE TOPICAL BANDAGE 5 %- 3" X 3", 5 %- 5" X 5", 5 %- 7" X 7" (silver sulfadiazine/foam bandage)	Nivel 3	
ALLEVYN LIFE DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (foam bandage)	Nivel 3	
BIOSTEP AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/silver/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Nivel 3	
BIOSTEP TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Nivel 3	
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
COLLATYL TOPICAL GEL 1 % (collagen, hydrolysate (bovine)/silver oxide)	Nivel 3	
CURAFIL GEL WOUND TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL SPONGE 0.2 %- 2" X 2" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL STRIP 0.2 %- 1/2" X 3 FEET (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
DYNAFOAM AG TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (silver/foam bandage)	Nivel 3	
DYNAGINATE AG TOPICAL BANDAGE 12 ", 2 X 2 ", 4 X 5 ", 4 X 8 " (silver/calcium alginate)	Nivel 3	
KERAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KERAGELT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
KERLIX AMD TOPICAL BANDAGE 0.2 %- 4.5" X 4.1 YARD (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
L-MESITRAN SOFT TOPICAL GEL 40 % (honey)	Nivel 3	
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 3/4 X 12 ", 4 X 5 " (calcium alginate/honey)	Nivel 3	
MEDIHONEY (HONEY) TOPICAL GEL 80 % (honey)	Nivel 3	
MEDIHONEY (HONEY) TOPICAL PASTE 100 % (honey)	Nivel 3	
OCM TOPICAL OINTMENT IN PACKET (collagen, hydrolyzed/cod liver oil)	Nivel 3	
OMEZA TOPICAL OINTMENT IN PACKET (collagen, hydrolyzed/cod liver oil)	Nivel 3	
REPLICARE DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 1/2 X 2 1/2 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 3	
REPLICARE THIN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 3/4 ", 3 1/2 X 5 1/2 ", 6 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 3	
REPLICARE ULTRA DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 7 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 3	
RESTORE CALCIUM ALGINATE TOPICAL BANDAGE 4 X 4 3/4 " (silver/calcium alginate)	Nivel 3	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 1 X 12 ", 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Nivel 3	
SILIGENTLE AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver/silicone/foam bandage)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPECTRAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
STRATACTX TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
STRATAGRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
STRATAXRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
THERAHONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Nivel 3	
ZENPHOR TOPICAL BANDAGE 2 X 4.7 " (gel dressing)	Nivel 3	
ZENPHOR TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
Dermatitis - Janus Kinase (Jak) Inhibitors - Drugs For The Skin		
ANZUPGO TOPICAL CREAM 2 % (delgocitinib)	Nivel 3	PA; QL (60 GM per 30 days)
CIBINQO ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 50 MG (abrocitinib)	Nivel 4	PA
OPZELURA TOPICAL CREAM 1.5 % (ruxolitinib phosphate)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG (upadacitinib)	Nivel 4	PA
Dermatitis Agents, Systemic - Interleukin-13 Inhibitors Mab - Drugs For The Skin		
ADBRY SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 300 MG/2 ML (tralokinumab-ldrm)	Nivel 4	PA
ADBRY SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (tralokinumab-ldrm)	Nivel 4	PA
EBGLYSS PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 250 MG/2 ML (lebrikizumab-lbkz)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EBGLYSS SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MG/2 ML (lebrikizumab-lbkz)	Nivel 4	PA
Dermatological - Antineoplastic Or Premalignant Lesions - Antimicrotubule - Drugs For The Skin		
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % (tirbanibulin)	Nivel 3	QL (5 EA per 1 FILL)
KLISYRI (350 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % (tirbanibulin)	Nivel 3	QL (5 EA per 1 FILL)
Dermatological - Immunomodulator Combinations - Drugs For The Skin		
KAZURI TOPICAL GEL 5-0.05-1 % (imiquimod/tretinoin/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 3	
KERIDA TOPICAL GEL 5-0.1-30 % (imiquimod/tretinoin/salicylic acid)	Nivel 3	
KYNARA TOPICAL GEL 5-1-2 % (imiquimod/levocetirizine dihydrochloride/niacinamide)	Nivel 3	
QUIDROXZAR TOPICAL GEL 5-0.1-30 % (imiquimod/tretinoin/salicylic acid)	Nivel 3	
QUIHOXAXIA TOPICAL GEL 5-1-2 % (imiquimod/levocetirizine dihydrochloride/niacinamide)	Nivel 3	
QUIHOXVAR TOPICAL GEL 5-0.05-1 % (imiquimod/tretinoin/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 3	
Dermatological - Mammalian Target Of Rapamycin (Mtor) Inhibitors - Drugs For The Skin		
HYFTOR TOPICAL GEL 0.2 % (sirolimus)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Adhesivos De Tejido/Lesiones - Selladaores De Fibrina - Drugs For The Skin		
ARTISS TOPICAL SYRINGE 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (10ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (2 ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (4 ML) (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Nivel 3	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL KIT 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Nivel 3	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL SYRINGE 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Nivel 3	
Dermatológico - Agente Individuales De Gas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
<i>ethyl chloride topical aerosol,spray 100 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Agente Individuales Querotolíticos-Antimióticos - Drugs For The Skin		
<i>cantharidin in acetone topical solution 0.7 %</i>	Nivel 1	
CEM-UREA TOPICAL GEL 45 % (urea)	Nivel 1	
CONDYLOX TOPICAL GEL 0.5 % (podofilox)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Podofilox 0.5% solution within the past 120 days; QL (0.5 GM per 1 day)
HYDRO 35 TOPICAL FOAM 35 % (urea)	Nivel 3	
HYDRO 40 TOPICAL FOAM 40 % (urea)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KERALYT TOPICAL SHAMPOO 6 % (salicylic acid)	Nivel 3	
PODOCON TOPICAL LIQUID 25 % (podophyllum resin)	Nivel 1	
<i>podofilox topical gel 0.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Podofilox 0.5% solution within the past 120 days; QL (0.5 GM per 1 day)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (0.5 ML per 1 day)
RAYASAL TOPICAL CREAM 5.9 % (salicylic acid)	Nivel 3	
RYNODERM TOPICAL CREAM 37.5 % (urea)	Nivel 3	
SALICATE TOPICAL LIQUID 10 % (salicylic acid)	Nivel 3	
<i>salicylic acid topical cream 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical cream,extended release 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film forming liquid w/appl 27.5 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film-forming soln er w/ appl 28.5 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical foam 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical gel 6 %</i>	Nivel 3	
<i>salicylic acid topical liquid 26 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical lotion 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical lotion,extended release 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical ointment 3 %</i>	Nivel 3	
<i>salicylic acid topical shampoo 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid-ceramides no.1 topical kit,cleanser and cream er 6 %</i>	Nivel 3	
SALIMEZ FORTE TOPICAL CREAM 10 % (salicylic acid)	Nivel 3	
SALIMEZ TOPICAL CREAM 6 % (salicylic acid)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SALVAX TOPICAL FOAM 6 % (salicylic acid)	Nivel 1	
SALYCIM TOPICAL CREAM 6 % (salicylic acid)	Nivel 3	
SALYNTRA TOPICAL GEL 6 % (salicylic acid)	Nivel 3	
TRI-CHLOR TOPICAL SOLUTION 80 % (trichloroacetic acid)	Nivel 3	
<i>trichloroacetic acid topical recon soln 100 %, 20 %, 25 %, 30 %, 35 %, 40 %, 50 %, 75 %, 80 %, 90 %</i>	Nivel 3	
ULTRASAL-ER TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28.5 % (salicylic acid)	Nivel 3	
URAMAXIN GT TOPICAL GEL 45 % (urea)	Nivel 3	
URAMAXIN TOPICAL CREAM 45 % (urea)	Nivel 3	
URAMAXIN TOPICAL FOAM 20 % (urea)	Nivel 3	
URAMAXIN TOPICAL GEL 45 % (urea)	Nivel 3	
URAMAXIN TOPICAL LOTION 45 % (urea)	Nivel 3	
UREA NAIL STICK TOPICAL SOLUTION 50 % (urea)	Nivel 1	
<i>urea topical cream 39 %, 40 %, 45 %, 47 %, 50 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical cream 39.5 %</i>	Nivel 3	
<i>urea topical cream 41 %</i>	Nivel 3	
<i>urea topical foam 35 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical gel 45 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical lotion 40 %</i>	Nivel 3	
VIRASAL TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL 27.5 % (salicylic acid)	Nivel 3	
XALIX TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28 % (salicylic acid)	Nivel 3	
XUREA TOPICAL CREAM 39 % (urea)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
YCANTH TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.7 % (cantharidin)	Nivel 3	PA
Dermatológico - Agentes Antibacterianos Y Antiinfecciosos - Drugs For The Skin		
QUINJA TOPICAL GEL 1.25-1 % (iodoquinol/aloe polysaccharides no.1)	Nivel 3	
Dermatológico - Agentes Antipsoriásicos Sistémicos, Derivados De Vitamina A - Drugs For The Skin		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 4	
Dermatológico - Agentes Antipsoriásicos Sistémicos, Fotosensibilizantes - Drugs For The Skin		
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Agentes De Despigmentación - Drugs For The Skin		
BLANCHE TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 3	
<i>hydroquinone topical cream 4 %</i>	Nivel 1	
KAXM TOPICAL EMULSION 4 % (hydroquinone)	Nivel 3	
KEXM TOPICAL EMULSION 6 % (hydroquinone)	Nivel 3	
KUTEA TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 3	
KUXM TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 3	
MEDORFA HP PLUS TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 3	
MEDORFA HP TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEDORFA LP TOPICAL EMULSION 4 % (hydroquinone)	Nivel 3	
MEDORFA TOPICAL EMULSION 6 % (hydroquinone)	Nivel 3	
OBAGI ELASTIDERM TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 1	
OBAGI NU-DERM BLENDER TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 1	
OBAGI NU-DERM CLEAR TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 1	
Dermatológico - Agentes De Tratamiento De Hiperhidrosis De Anticolinérgicos - Drugs For The Skin		
QBREXZA TOPICAL TOWELETTE 2.4 % (glycopyrronium tosylate)	Nivel 2	PA
SOFDRA TOPICAL GEL WITH PUMP 12.45 % (72 MG /ACTUATION) (sofipirionium bromide)	Nivel 3	PA
Dermatológico - Agentes Individuales De Nsaid - Drugs For The Skin		
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	Nivel 3	
DICLOFONO TOPICAL GEL IN PACKET 1.6 % (diclofenac sodium)	Nivel 3	
FLECTOR TRANSDERMAL PATCH 12 HOUR 1.3 % (diclofenac epolamine)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FROTEK TOPICAL CREAM IN PACKET 10 % (ketoprofen)	Nivel 3	
FROTEK TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (ketoprofen, micronized)	Nivel 3	
LEFLUNICLO KIT,GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Nivel 3	
LICART TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1.3 % (diclofenac epolamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Flector patch within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
PROFINAC TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Nivel 3	
VENNGEL II TOPICAL KIT 1 % (diclofenac sodium)	Nivel 3	
VENNGEL ONE TOPICAL KIT 1 % (diclofenac sodium)	Nivel 3	
XRYLIX (DICLOFENAC-KINES TAPE) TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Agentes Tópicos Antipsoriásicos - Drugs For The Skin		
BRYHALI TOPICAL LOTION 0.01 % (halobetasol propionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (400 GM per 1 FILL)
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcipotriene topical foam 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcitriol topical ointment 3 mcg/gram</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>clobetasol topical cream 0.025 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)
DIOOXIA TOPICAL CREAM 0.005-4 % (calcipotriene/niacinamide)	Nivel 3	
DRITHOCREME HP TOPICAL CREAM 1 % (anthralin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>halobetasol propionate topical foam 0.05 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Halobetasol cream/ointment or Clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
IMPOYZ TOPICAL CREAM 0.025 % (clobetasol propionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)
halobetasol propionate (Lexette Topical Foam 0.05 %)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic halobetasol cream/ointment or clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
PURAZIL TOPICAL CREAM 0.005-4 % (calcipotriene/niacinamide)	Nivel 3	
SORILUX TOPICAL FOAM 0.005 % (calcipotriene)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tazarotene topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % (tazarotene)	Nivel 3	Age (Max 39 Years)
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.1 % (tazarotene)	Nivel 3	
TAZORAC TOPICAL GEL 0.05 %, 0.1 % (tazarotene)	Nivel 3	Age (Max 39 Years)
TRIONEX TOPICAL KIT 0.005 % (calcipotriene/transparent dressing)	Nivel 3	
ULTRAVATE TOPICAL LOTION 0.05 % (halobetasol propionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, Halobetasol 0.05% (cream, ointment) within the past 120 days; QL (120 ML per 30 days)
VECTICAL TOPICAL OINTMENT 3 MCG/GRAM (calcitriol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
VTAMA TOPICAL CREAM 1 % (tapinarof)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZITHRANOL TOPICAL SHAMPOO 1 % (anthralin micronized)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.3 % (roflumilast)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
Dermatológico - Agentes Tópicos De Terapia Fotodinámica - Drugs For The Skin		
AMELUZ TOPICAL GEL 10 % (aminolevulinic acid HCl)	Nivel 3	
LEVULAN TOPICAL SOLUTION 20 % (aminolevulinic acid HCl)	Nivel 3	
Dermatológico - Agonista De Receptor De Retinoide Selectiva De Antineoplásicos - Drugs For The Skin		
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	Nivel 4	PA
TARGRETIN TOPICAL GEL 1 % (bexarotene)	Nivel 2	PA
Dermatológico - Amidas Tópicas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ANASTIA TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	
ASTERO TOPICAL GEL WITH PUMP 4 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	
lidocaine (Dermacinrx Lidocan Topical Adhesive Patch, Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
DERMACINRX LIDOGEL TOPICAL GEL 2.8 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	
DERMACINRX LIDOREX TOPICAL GEL 2.8 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMALID TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/elastic bandage)	Nivel 3	
lidocaine HCl (Glydo Mucous Membrane Jelly In Applicator 2 %)	Nivel 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.05-0.5 % (lidocaine HCl/racepinephrine HCl/tetracaine HCl)	Nivel 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL SOLUTION 4-0.05-0.5 % (lidocaine HCl/racepinephrine HCl/tetracaine HCl)	Nivel 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.09-0.5 % (lidocaine HCl/epinephrine bitartrate/tetracaine HCl)	Nivel 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.18-0.5 % (lidocaine HCl/epinephrine bitartrate/tetracaine HCl)	Nivel 3	
LDO PLUS TOPICAL GEL WITH PUMP 4 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl topical cream 3 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	QL (240 GM per 30 days)
<i>lidocaine-racepinep-tetracaine topical solution 4-0.05-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-tetracaine topical cream 7-7 %</i>	Nivel 3	
lidocaine (Lidocan Iii Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
lidocaine (Lidocan Iv Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
lidocaine (Lidocan V Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIDODERM TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 5 % (lidocaine)	Nivel 3	QL (90 EA per 30 days)
LIDOPIN TOPICAL CREAM 3 %, 3.25 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	
LIDOPURE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/kinesiology tape)	Nivel 3	
LIDORX TOPICAL GEL WITH PUMP 3 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	
LIDTOPIC MAX TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (lidocaine)	Nivel 3	
LIDTOPIC TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 7.5 % (lidocaine)	Nivel 3	
MOXICAINE TOPICAL KIT 5 % (lidocaine)	Nivel 3	
NOLIRA TOPICAL CREAM 23-7 % (lidocaine/tetracaine)	Nivel 3	
NUMBONEX TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	
NYNUTEY TOPICAL CREAM 23-7 % (lidocaine/tetracaine)	Nivel 3	
PROXIVOL TOPICAL GEL 2 % (lidocaine HCl/collagen)	Nivel 3	
REGENECARE TOPICAL GEL 2 % (lidocaine HCl/collagen)	Nivel 3	
REGENECARE WITH ALOE TOPICAL GEL 2 % (vitamin E/lidocaine/aloe vera/collagen)	Nivel 3	
TRANZAREL TOPICAL GEL 4 % (lidocaine)	Nivel 3	
XYLIDERM TOPICAL KIT 5 % (lidocaine/kinesiology tape)	Nivel 3	
ZILACAINE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/silicone, adhesive)	Nivel 3	
ZILOVAL TOPICAL KIT 5 % (lidocaine)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 % (lidocaine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Lidoderm 5% patch within the past 120 days; QL (90 EA per 30 days)
Dermatológico - Aminoglucósidos Antibacterianos - Drugs For The Skin		
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Antibacterial, Agente Antifúngico Con Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
ALCORTIN A TOPICAL GEL IN PACKET 2-1-1 % (hydrocortisone acetate/iodoquinol/aloe polysaccharides no.2)	Nivel 3	
DAZINIA TOPICAL CREAM 2-1-2.5 % (ketoconazole/iodoquinol/hydrocortisone)	Nivel 3	
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe2 topical gel 2-1-1 %</i>	Nivel 3	
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe topical cream in packet 1.9-1 %</i>	Nivel 1	
PHEODOYO TOPICAL CREAM 2-1-2.5 % (ketoconazole/iodoquinol/hydrocortisone)	Nivel 3	
VYTONE TOPICAL CREAM IN PACKET 1.9-1 % (hydrocortisone acetate/iodoquinol/aloe vera)	Nivel 3	
Dermatológico - Antibacteriales Otros - Drugs For The Skin		
BASADROX TOPICAL GEL IN PACKET (silver)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BATIZIA TOPICAL OINTMENT 2-2 % (mupirocin/lidocaine)	Nivel 3	
CENTANY AT TOPICAL OINTMENT KIT 2 % (mupirocin)	Nivel 3	
CENTANY TOPICAL OINTMENT 2 % (mupirocin)	Nivel 3	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>mupirocin calcium topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
NANRAN TOPICAL OINTMENT 2-2 % (mupirocin/lidocaine)	Nivel 3	
NORMLGEL AG TOPICAL GEL 0.11 % (silver carbonate)	Nivel 3	
<i>silver nitrate topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>silver nitrate topical solution 10 %, 25 %, 50 %</i>	Nivel 1	
SILVRSTAT TOPICAL GEL 32 PPM (silver)	Nivel 3	
SOLOX GEL TOPICAL GEL 55 PPM (silver nitrate)	Nivel 3	
Dermatológico - Antifúngicos Otros - Drugs For The Skin		
<i>triacetin liquid 100 %</i>	Nivel 3	
Dermatológico - Antineoplásicos O Lesiones Premalignas - Nsaid'S - Drugs For The Skin		
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	Nivel 1	QL (100 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Antiseborreico - Drugs For The Skin		
LOUTREX TOPICAL CREAM (emollient combination no.85)	Nivel 1	
MICURADERM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.43)	Nivel 3	
OVACE PLUS SHAMPOO TOPICAL SHAMPOO 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OVACE PLUS TOPICAL CLEANSER 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
OVACE PLUS TOPICAL CREAM 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
OVACE PLUS TOPICAL LOTION 9.8 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Ciclopirox (shampoo/gel) or Ketoconazole (shampoo/cream) within the past 120 days
OVACE PLUS WASH TOPICAL CLEANSER, GEL 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
OVACE TOPICAL CLEANSER 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
PLEXION NS TOPICAL SHAMPOO 9.8 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
PROMISEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.43)	Nivel 3	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>selenium sulfide topical shampoo 2.25 %, 2.3 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser, gel 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical shampoo 10 %</i>	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sodium topical shampoo 9.8 %</i>	Nivel 1	
TERSI FOAM TOPICAL FOAM 2.25 % (selenium sulfide)	Nivel 3	
ZORYVE TOPICAL FOAM 0.3 % (roflumilast)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Antitranspirantes - Drugs For The Skin		
DRYSOL DAB-O-MATIC TOPICAL SOLUTION 20 % (aluminum chloride)	Nivel 2	
DRYSOL TOPICAL SOLUTION 20 % (aluminum chloride)	Nivel 2	
Dermatológico - Combinación De Nsaid Y Anestesia Local - Drugs For The Skin		
DICLOVIX TOPICAL KIT, PATCH, SOLUTION DROPS 1.5-2.5-4-2 % (diclofenac sodium/lidocaine/methyl salicylate/camphor)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones Antifúngicas Otros - Drugs For The Skin		
DENVITA TOPICAL CREAM 2-4 % (ketoconazole/niacinamide)	Nivel 3	
DIFMETIOXRIME TOPICAL SOLUTION 4-2-1-4 % (fluconazole/ibuprofen/itraconazole/terbinafine HCl)	Nivel 3	
EXODERM TOPICAL LOTION 25-1 % (sodium thiosulfate/salicylic acid)	Nivel 1	
FENOVIA TOPICAL SOLUTION 4-2-1-4 % (fluconazole/ibuprofen/itraconazole/terbinafine HCl)	Nivel 3	
FERVINA TOPICAL LOTION 3-5-20 % (ciclopirox olamine/itraconazole/urea)	Nivel 3	
FIDILA TOPICAL SHAMPOO 2-2 % (ketoconazole/salicylic acid)	Nivel 3	
FRIVO TOPICAL CREAM 1-4 % (econazole nitrate/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEXIOUNYL TOPICAL LOTION 3-5-20 % (ciclopirox olamine/itraconazole/urea)	Nivel 3	
IMIOXIA TOPICAL CREAM 1-4 % (econazole nitrate/niacinamide)	Nivel 3	
PHEDRAX TOPICAL SHAMPOO 2-2 % (ketoconazole/salicylic acid)	Nivel 3	
PHEOXIA TOPICAL CREAM 2-4 % (ketoconazole/niacinamide)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones Antifúngico-Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
CLOBEZIN TOPICAL COMBO PACK 1-0.05-0.44 % (clotrimazole/betamethasone/menthol/zinc oxide/petrolatum,whit)	Nivel 3	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	Nivel 1	
DELIBON TOPICAL CREAM 2-2.5 % (ketoconazole/hydrocortisone)	Nivel 3	
DERMACINRX THERAZOLE PAK TOPICAL COMBO PACK 1-0.05-20 % (clotrimazole/betamethasone dipropionate/zinc oxide)	Nivel 3	
DERMAZENE TOPICAL CREAM IN PACKET 1-1 % (hydrocortisone/iodoquinol)	Nivel 3	
DIONARIS TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05-3 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate/salicylic acid)	Nivel 3	
DIVENDO TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HAXCHLO TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate)	Nivel 3	
HAXCHLODREX TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05-3 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate/salicylic acid)	Nivel 3	
<i>hydrocortisone-iodoquinol topical cream 1-1 %</i>	Nivel 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	Nivel 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
PHEYO TOPICAL CREAM 2-2.5 % (ketoconazole/hydrocortisone)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones De Antibacteriales-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
NEO-SYNALAR KIT TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (neomycin sulfate/fluocinolone acetone/emollient comb no.65)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Fluocinolone Acetonide (cream, oil, ointment or solution) within the past 120 days
NEO-SYNALAR TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (neomycin sulfate/fluocinolone acetone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Fluocinolone Acetonide (cream, oil, ointment or solution) within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Combinaciones De Antivirales-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
XERESE TOPICAL CREAM 5-1 % (acyclovir/hydrocortisone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir within the past 120 days; QL (10 GM per 365 days)
Dermatológico - Combinaciones De Despigmentación - Drugs For The Skin		
KATARAXAP TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
KATARVIA TOPICAL EMULSION 4-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
KATARYA TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
KATARYAXN TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
KEIDO TOPICAL EMULSION 6-1 % (hydroquinone/hyaluronate sodium)	Nivel 3	
KETARYA TOPICAL EMULSION 6-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
KEVARAXAP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
KEVARTIA TOPICAL EMULSION 6-0.05 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
KEVARYA TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KEYA TOPICAL EMULSION 6-0.5 % (hydroquinone/hydrocortisone)	Nivel 3	
KOTARAXAP TOPICAL EMULSION 5-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
KUTAR TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
KUTARVIA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
KUTARYAXM TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
KUTARYAXMPA TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
KUVARYA TOPICAL EMULSION 8-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
KUVARYE TOPICAL EMULSION 8-0.05-1 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MAVILO HP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
MAVILO LP TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
MAVILO TOPICAL EMULSION 5-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
MECORIX HP TOPICAL EMULSION 8-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MECORIX PLUS TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MECORIX TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo |
Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEDORFA PLUS TOPICAL EMULSION 6-1 % (hydroquinone/hyaluronate sodium)	Nivel 3	
MEKAM HP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MEKAM TOPICAL EMULSION 6-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MELIDU TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MELONDIS PLUS TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MELONDIS TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MIMORA TOPICAL EMULSION 6-0.5 % (hydroquinone/hydrocortisone)	Nivel 3	
MOKURA LP TOPICAL EMULSION 4-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
MOKURA MOD TOPICAL EMULSION 6-0.05 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
MOKURA PLUS TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
MOKURA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
MOLEXI TOPICAL EMULSION 4-0.025-2.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MYTHIUS TOPICAL EMULSION 8-0.05-1 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MYVORI TOPICAL CREAM 10-4 % (lactic acid/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OBAGI NU-DERM SUNFADER TOPICAL CREAM 4 %-SPF 15 (hydroquinone/sunscreens (oxybenzone/octinoxate))	Nivel 3	
OBAGI-C CLARIFYING SERUM TOPICAL LIQUID 4-10 % (hydroquinone/ascorbic acid)	Nivel 3	
OBAGI-C THERAPY NIGHT TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone/ascorbic acid/vit E acetate (d-alpha tocoph))	Nivel 3	
PROOXIA TOPICAL CREAM 10-4 % (lactic acid/niacinamide)	Nivel 3	
TRI-LUMA TOPICAL CREAM 0.01-4-0.05 % (fluocinolone acetonide/tretinoin/hydroquinone)	Nivel 3	
YAXATARXYN TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
YOKATAR TOPICAL EMULSION 4-0.025-2.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones De Gas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ACCUCAINE KIT KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
CRYODOSE TA MEDIUM STREAM SPR TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
CRYODOSE TA MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
HURRI-FREEZE TOPICAL AEROSOL,SPRAY (vapocoolant device)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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))	Nivel 3	
PAIN EASE MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL, SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
SPRAY AND STRETCH TOPICAL AEROSOL, SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones De Glucocorticoide Otros - Drugs For The Skin		
ACIOXIA TOPICAL GEL 0.1-0.5 % (triamcinolone acetone/pentoxifylline)	Nivel 3	
CHLOHUX TOPICAL SHAMPOO 0.05-2 % (clobetasol propionate/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 3	
CHLOOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 3	
CHLOOXIA TOPICAL OINTMENT 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 3	
CHLOOXIA TOPICAL SOLUTION 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 3	
DIOCHLOY TOPICAL SOLUTION 0.05-0.005 % (clobetasol propionate/calcipotriene)	Nivel 3	
DIVINIX TOPICAL CREAM 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 3	
DIVINIX TOPICAL OINTMENT 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 3	
DIVINIX TOPICAL SOLUTION 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DOMELA TOPICAL CREAM 0.01-4 % (fluocinolone acetonide/niacinamide)	Nivel 3	
DYNOMA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (desoximetasone/niacinamide)	Nivel 3	
FLUOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (desoximetasone/niacinamide)	Nivel 3	
ILEXOR TOPICAL SHAMPOO 0.05-2 % (clobetasol propionate/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 3	
PLENURA TOPICAL SOLUTION 0.05-0.005 % (clobetasol propionate/calcipotriene)	Nivel 3	
TELIORA TOPICAL GEL 0.1-0.5 % (triamcinolone acetonide/pentoxifylline)	Nivel 3	
TETOXIA TOPICAL CREAM 0.01-4 % (fluocinolone acetonide/niacinamide)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones De Protectores - Drugs For The Skin		
JUVAZIN TOPICAL GEL (dimethicone/dimethicone crosspolymer/trimethylsiloxysilicate)	Nivel 3	
NEW SKIN BOTANICALS TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL (protectives combination no.7)	Nivel 3	
NEW SKIN KIDS TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL (protectives combination no.9)	Nivel 3	
NEW SKIN SENSITIVE TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL (protectives combination no.8)	Nivel 3	
PR CREAM TOPICAL CREAM (protectives combination no.2/ceramides 1,3,6-II)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Nivel 3	
RADIAPLEXRX TOPICAL GEL (hyaluronate sodium/allantoin/aloe vera extract)	Nivel 3	
RECEDO TOPICAL GEL (polydimethylsiloxanes/silicon dioxide)	Nivel 3	
SCARSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Nivel 3	
SCARTRATE TOPICAL CREAM 5-2.25 % (dimethicone/allantoin)	Nivel 3	
WOUNDGELHA MATRIX TOPICAL GEL 2.5 % (hyaluronate sodium/hydroxyethylcellulose/polyethylene glycol)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones Emolientes Otros - Drugs For The Skin		
ADVANCED SKIN CARE TOPICAL LOTION (glycerin/mineral oil/dimethicone/petrolatum,white)	Nivel 3	
HPR PLUS HYDROGEL TOPICAL KIT, CREAM AND GEL (emol53/sod mag fluorosilicat/cyclomethicone/phos acid/bicarb)	Nivel 3	
HPR PLUS-MB HYDROGEL TOPICAL COMBO PACK, GEL AND FOAM 96.53-3-0.4 -0.066 % (emol53/e.water/NaMgFS/NaPhos/NaCl/hypochlorous acid/NahypoCl)	Nivel 3	
MB HYDROGEL (CYCLOMETHICONE) TOPICAL KIT, CREAM AND GEL (emol53/sod mag fluorosilicat/cyclomethicone/phos acid/bicarb)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MB HYDROGEL TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 96.53-3-0.4 -0.066 % (emol53/e.water/NaMgFS/NaPhos/NaCl/hypochlorous acid/NahypoCl)	Nivel 1	
Dermatológico - Combinaciones Glucocorticoide-Emolientes - Drugs For The Skin		
BESER KIT TOPICAL KIT, LOTION AND CREAM, EMOLLIENT 0.05 % (fluticasone propionate/emollient combination no.65)	Nivel 3	
ELLZIA PAK TOPICAL KIT, OINTMENT AND CREAM 0.1-5 % (triamcinolone acetonide/dimethicone)	Nivel 3	
FLUOPAR TOPICAL KIT 0.1-5 % (fluocinonide/dimethicone)	Nivel 3	
NOXIPAK TOPICAL KIT 0.01-20 % (fluocinolone acetonide/urea/silicone, adhesive)	Nivel 3	
NUCORT TOPICAL LOTION 2 % (hydrocortisone acetate/aloe vera)	Nivel 3	
QUINIXIL TOPICAL CREAM 0.1-5 % (mometasone furoate/dimethicone)	Nivel 3	
SANADERMRX TOPICAL KIT 0.1-5 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Nivel 3	QL (1 EA per 30 days)
SYNALAR CREAM KIT TOPICAL CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)	Nivel 3	QL (375 GM per 30 days)
SYNALAR OINTMENT KIT TOPICAL COMBO PACK, OINTMENT AND CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)	Nivel 3	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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOVET KIT TOPICAL COMBO PACK 0.05 % (clobetasol propionate/emollient combination no.65)	Nivel 3	
WHYTEDERM TDPAK TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Nivel 3	
WHYTEDERM TRILASIL PAK TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones Querotólicas Otros - Drugs For The Skin		
METDRAY TOPICAL GEL 17-2 % (salicylic acid/ibuprofen)	Nivel 3	
NENDRUX TOPICAL GEL 40-5 % (salicylic acid/lidocaine)	Nivel 3	
PRONAL TOPICAL GEL 10-40 % (lactic acid/urea)	Nivel 3	
URAMAXIN GT TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 45 % (urea/emollient combination no.65)	Nivel 3	
WAYZEN TOPICAL GEL 40-5 % (salicylic acid/lidocaine)	Nivel 3	
WELERIS TOPICAL GEL 17-2 % (salicylic acid/ibuprofen)	Nivel 3	
XIRUN TOPICAL GEL 10-40 % (lactic acid/urea)	Nivel 3	
Dermatológico - Emolientes - Drugs For The Skin		
AMLACTIN TOPICAL LOTION 12 % (ammonium lactate)	Nivel 1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	Nivel 1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	Nivel 1	
<i>glycerin topical liquid</i>	Nivel 3	
<i>glycerin topical solution 99.5 %</i>	Nivel 3	
KERASTAT TOPICAL CREAM (keratin)	Nivel 3	
KERASTAT TOPICAL GEL 5 % (keratin)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo |
Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LANOLIN (HPA) TOPICAL CREAM 100 % (modified lanolin)	Nivel 3	
RADIAGEL TOPICAL GEL (emollient base)	Nivel 3	
urea topical cream 10 %, 20 %	Nivel 3	
urea topical lotion 10 %	Nivel 3	
vitamin e (dl, acetate) topical oil	Nivel 3	
Dermatológico - Enzimas - Drugs For The Skin		
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM (collagenase Clostridium histolyticum)	Nivel 3	PA
Dermatológico - Ésteres Tópicos De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ANACAINE TOPICAL OINTMENT 10 % (benzocaine)	Nivel 3	
Dermatológico - Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT TOPICAL KIT 2.5 % (hydrocortisone)	Nivel 1	
hydrocortisone (Ala-Cort Topical Cream 1 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Ala-Scalp Topical Lotion 2 %)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
alclometasone topical cream 0.05 %	Nivel 1	
alclometasone topical ointment 0.05 %	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>amcinonide topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.1% ointment, Fluticasone 0.005% ointment, Mometasone 0.1% ointment, or Triamcinolone 0.5% ointment or cream within the past 120 days
<i>amcinonide topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 3	
hydrocortisone (Anusol-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 3	
diflorasone diacetate/emollient base (Apexicon E Topical Cream 0.05 %)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
fluticasone propionate (Beser Topical Lotion 0.05 %)	Nivel 3	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
BRYHALI TOPICAL LOTION 0.01 % (halobetasol propionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (400 GM per 1 FILL)
CAPEX TOPICAL SHAMPOO 0.01 % (fluocinolone acetoneide)	Nivel 3	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clobetasol topical cream 0.025 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical spray,non-aerosol 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	Nivel 1	
CLOBEX TOPICAL LOTION 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 3	
CLOBEX TOPICAL SHAMPOO 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 3	
CLOBEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clocortolone pivalate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days
clobetasol propionate (Clodan Topical Shampoo 0.05 %)	Nivel 3	
CORDRAN TAPE LARGE ROLL TOPICAL TAPE 4 MCG/CM2 (flurandrenolide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, Halobetasol 0.05% (cream, ointment) within the past 120 days; QL (2 EA per 30 days)
CORDRAN TOPICAL CREAM 0.025 % (flurandrenolide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CORDRAN TOPICAL CREAM 0.05 % (flurandrenolide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
CORDRAN TOPICAL LOTION 0.05 % (flurandrenolide)	Nivel 3	
CORDRAN TOPICAL OINTMENT 0.05 % (flurandrenolide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
DERMA-SMOOTH/FS BODY OIL TOPICAL OIL 0.01 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 3	
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL SCALP OIL 0.01 % (fluocinolone acetonide/shower cap)	Nivel 3	
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>desonide topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
DESOWEN TOPICAL CREAM 0.05 % (desonide)	Nivel 3	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical spray,non-aerosol 0.25 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diflorasone topical cream 0.05 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
DIPROLENE (AUGMENTED) TOPICAL OINTMENT 0.05 % (betamethasone dipropionate/propylene glycol)	Nivel 3	
<i>fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical oil 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	Nivel 1	
fluocinonide/emollient base (Fluocinonide-E Topical Cream 0.05 %)	Nivel 1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
FLUOVIX PLUS TOPICAL KIT 0.1 % (fluocinonide/silicone, adhesive)	Nivel 3	
FLUOVIX TOPICAL KIT 0.1 % (fluocinonide/silicone, adhesive)	Nivel 3	
<i>flurandrenolide topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
<i>flurandrenolide topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>flurandrenolide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone propionate topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	Nivel 1	
<i>halcinonide topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
<i>halcinonide topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>halobetasol propionate topical foam 0.05 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Halobetasol cream/ointment or Clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
HALOG TOPICAL CREAM 0.1 % (halcinonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
HALOG TOPICAL OINTMENT 0.1 % (halcinonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HALOG TOPICAL SOLUTION 0.1 % (halcinonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
<i>hydrocortisone acetate topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	Nivel 3	
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days; QL (236 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical solution 2.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
HYDROXYM TOPICAL GEL 2 % (hydrocortisone)	Nivel 3	
IMPOYZ TOPICAL CREAM 0.025 % (clobetasol propionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)
KENALOG TOPICAL AEROSOL 0.147 MG/GRAM (triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
halobetasol propionate (Lexette Topical Foam 0.05 %)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic halobetasol cream/ointment or clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
LOCOID LIPOCREAM TOPICAL CREAM 0.1 % (hydrocortisone butyrate/emollient base)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOCOID TOPICAL LOTION 0.1 % (hydrocortisone butyrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days; QL (236 ML per 30 days)
LUXIQ TOPICAL FOAM 0.12 % (betamethasone valerate)	Nivel 3	
MICORT-HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 % (hydrocortisone acetate)	Nivel 3	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	
OLUX TOPICAL FOAM 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 3	
OLUX-E TOPICAL FOAM 0.05 % (clobetasol propionate/emollient base)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PANDEL TOPICAL CREAM 0.1 % (hydrocortisone probutate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days; QL (160 GM per 30 days)
<i>prednicarbate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctocort Topical Cream 1 %)	Nivel 3	
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
SCALACORT DK TOPICAL COMBO PACK 2-2-2 % (hydrocortisone/salicylic acid/sulfur/shampoo no.1)	Nivel 2	
SCALACORT TOPICAL LOTION 2 % (hydrocortisone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SERNIVO TOPICAL SPRAY WITH PUMP 0.05 % (betamethasone dipropionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days
SYNALAR TOPICAL CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 3	
SYNALAR TOPICAL OINTMENT 0.025 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 3	
SYNALAR TOPICAL SOLUTION 0.01 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 3	
hydrocortisone (Texacort Topical Solution 2.5 %)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
desoximetasone (Topicort Topical Cream 0.05 %, 0.25 %)	Nivel 3	
TOPICORT TOPICAL GEL 0.05 % (desoximetasone)	Nivel 3	
TOPICORT TOPICAL OINTMENT 0.05 % (desoximetasone)	Nivel 3	
desoximetasone (Topicort Topical Ointment 0.25 %)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOPICORT TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.25 % (desoximetasone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days
clobetasol propionate/emollient base (Tovet Emollient Topical Foam 0.05 %)	Nivel 3	
<i>triamcinolone acetonide topical aerosol 0.147 mg/gram</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (454 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 3	QL (430 GM per 30 days)
triamcinolone acetonide (Trianex Topical Ointment 0.05 %)	Nivel 3	QL (430 GM per 30 days)
TRIASIL TOPICAL KIT 0.1 %- 4" X 4" (triamcinolone acetonide/gauze bandage/silicone, adhesive)	Nivel 3	
triamcinolone acetonide (Triderm Topical Cream 0.5 %)	Nivel 1	QL (454 GM per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRAVATE TOPICAL LOTION 0.05 % (halobetasol propionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, Halobetasol 0.05% (cream, ointment) within the past 120 days; QL (120 ML per 30 days)
VANOS TOPICAL CREAM 0.1 % (fluocinonide)	Nivel 3	
VERDESO TOPICAL FOAM 0.05 % (desonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fluocinolone Acetonide 0.01% body oil within the past 120 days
Dermatológico - Inhibidores De Calcineurina - Drugs For The Skin		
ELIDEL TOPICAL CREAM 1 % (pimecrolimus)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), generic Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% cream or ointment) within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELYZIA (WITH HYALURONATE) TOPICAL CREAM 0.1-1-4 % (tacrolimus/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
ELYZIA TOPICAL OINTMENT 0.1-4 % (tacrolimus/niacinamide)	Nivel 3	
HOVYN TOPICAL SOLUTION 0.1 % (tacrolimus)	Nivel 3	
NUJO TOPICAL SOLUTION 0.1 % (tacrolimus)	Nivel 3	
NUJU TOPICAL CREAM 0.1 % (tacrolimus in vehicle base no.238)	Nivel 3	
OXIANUJO (WITH HYALURONATE) TOPICAL CREAM 0.1-1-4 % (tacrolimus/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
OXIANUJO TOPICAL OINTMENT 0.1-4 % (tacrolimus/niacinamide)	Nivel 3	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), generic Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% cream or ointment) within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), generic Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% cream or ointment) within the past 120 days
VEVEN TOPICAL CREAM 0.1 % (tacrolimus in vehicle base no.238)	Nivel 3	
Dermatológico - Inmunomodulador - Catiquinas - Verruga Genital/Hpv Tx - Drugs For The Skin		
VEREGEN TOPICAL OINTMENT 15 % (sinecatechins)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Imiquimod 5% cream packets and Podofilox 0.5% solution within the past 365 days; QL (30 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Inmunomodulador - Interferones - Drugs For The Skin		
ALFERON N INJECTION SOLUTION 5 MILLION UNIT/ML (interferon alfa-n3)	Nivel 4	
Dermatológico - Macrólidos De Poliénico Anfotérico Antifúngico - Drugs For The Skin		
nystatin (Klayesta Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
nystatin (Nyamyc Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	
nystatin (Nystop Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
Dermatológico - Mezclas De Emolientes - Drugs For The Skin		
ATRAPRO CP TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL (emollient combination no.47/emollient combination no.60)	Nivel 3	
ATRAPRO HYDROGEL TOPICAL GEL (emollient combination no.60)	Nivel 3	
AVO CREAM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.10)	Nivel 3	
CELACYN TOPICAL GEL WITH PUMP (emollient combination no.60)	Nivel 3	
CERACADE TOPICAL EMULSION (emollient combination no.103)	Nivel 3	
CERAMAX TOPICAL CREAM (emollient combination no.101)	Nivel 3	
CERAMAX TOPICAL LOTION (emollient combination no.101)	Nivel 3	
COCOA BUTTER FORMULA - VIT E TOPICAL LIQUID (emollient combination no.123)	Nivel 3	
CUTEMOL EMOLLIENT TOPICAL CREAM (emollient combination no.125)	Nivel 3	
DERMASO PLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.122)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXERYL TOPICAL CREAM (emollient combination no.104)	Nivel 3	
DRY SKIN THERAPY(WITH LANOLIN) TOPICAL LOTION (lanolin/mineral oil)	Nivel 3	
DRY SKIN THERAPY(W-PETROLATUM) TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Nivel 3	
EMULSION SB TOPICAL EMULSION (emollient combination no.32)	Nivel 3	
ENTTY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (palm oil/hyaluronate sodium)	Nivel 3	
EPICERAM TOPICAL EMULSION, EXTENDED RELEASE (emollient combination no.32)	Nivel 3	PA
EUCERIN ADVANCED REPAIR TOPICAL CREAM (emollient combination no.119)	Nivel 3	
EUCERIN INTENSIVE REPAIR TOPICAL LOTION (emollient combination no.110)	Nivel 3	
GOLD BOND THERAPEUTIC FOOT TOPICAL CREAM (emollient combination no.120)	Nivel 3	
HALUCORT TOPICAL GEL (emollient combination no.56/hyaluronic acid)	Nivel 3	
HAPRODERM TOPICAL GEL (emollient combination no.56/hyaluronic acid)	Nivel 3	
HPR PLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.53)	Nivel 3	
HPR PLUS TOPICAL FOAM (emollient combination no.53)	Nivel 3	
HPR TOPICAL FOAM (emollient combination no.44)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 3	
INTENSE DRY SKIN THERAPY TOPICAL LOTION (emollient combination no.110)	Nivel 3	
LEVICYN ANTIPRURITIC SG TOPICAL SPRAY GEL (emollient combination no.60)	Nivel 3	
LOUTREX TOPICAL CREAM (emollient combination no.85)	Nivel 1	
LOYON TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (dicaprylyl carbonate/dimethicone)	Nivel 3	
LUXAMEND TOPICAL CREAM (emollient combination no.10)	Nivel 3	
MICURADERM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.43)	Nivel 3	
MINERIN CREME TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum, white/ceresin)	Nivel 3	
MOISTURIZING CREAM TOPICAL CREAM (glycerin/dimethicone/petrolatum, white/water)	Nivel 3	
MOITURIZING LOTION TOPICAL LOTION (vit E acetate (d-alpha tocoph)/glycerin/dimethicone/water)	Nivel 3	
NEOSALUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.47)	Nivel 3	
NEOSALUS TOPICAL LOTION (emollient combination no.47)	Nivel 3	
NUTRASEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.107)	Nivel 3	
ORGANIC NIPPLE BALM TOPICAL OINTMENT (sunflower/olive/beeswax/coconut/shear butter/marigold/argan)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRESERA TOPICAL FOAM (emollient combination no.80)	Nivel 3	
PROMISEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.43)	Nivel 3	
PRUCLAIR TOPICAL CREAM (vitamin E acet (dl,tocopheryl)/grape/hyaluronic acid)	Nivel 3	
PRUMYX TOPICAL CREAM (emollient combination no.35)	Nivel 1	
SEBUDERM TOPICAL GEL (emollient combination no.60)	Nivel 3	
SKIN THERAPY TOPICAL LIQUID (emollient combination no.41)	Nivel 3	
SONAFINE TOPICAL EMULSION (emollient combination no.10)	Nivel 3	
THERAPEUTIC MOISTURIZING CREAM TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Nivel 3	
ULTRA MOISTURE TOPICAL LOTION (emollient combination no.40)	Nivel 3	
<i>vitamin e-safflower oil topical oil</i>	Nivel 3	
<i>vitamin e-vitamins a and d topical cream</i>	Nivel 3	
XCLAIR TOPICAL CREAM (hyaluronate sodium/vit E/emollient no.12/allantoin/shear tree)	Nivel 3	
Dermatológico - Oxaborole Antifúngica - Drugs For The Skin		
<i>tavaborole topical solution with applicator 5 %</i>	Nivel 1	PA
Dermatológico - Productos De Quemaduras - Drugs For The Skin		
NEXOBRID TOPICAL GEL 8.8 % (anacaulase-bcdeb)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Productos De Quemaduras Antiinfecciosos - Drugs For The Skin		
<i>mafenide acetate topical packet 50 gram</i>	Nivel 1	
SILVADENE TOPICAL CREAM 1 % (silver sulfadiazine)	Nivel 3	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
SSD TOPICAL CREAM 1 % (silver sulfadiazine)	Nivel 1	
SULFAMYLON TOPICAL CREAM 85 MG/G (mafenide acetate)	Nivel 3	
SULFAMYLON TOPICAL PACKET 50 GRAM (mafenide acetate)	Nivel 3	
Dermatológico - Productos Querotoplásticos De Alquitrán - Drugs For The Skin		
<i>coal tar topical solution 20 %</i>	Nivel 3	
Dermatológico - Protectores - Drugs For The Skin		
<i>benzoin (bulk) topical tincture</i>	Nivel 3	
DERMELLE TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 3	
DERPIXA TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 3	
PHARMABASE BARRIER TOPICAL OINTMENT 9.38 % (zinc oxide)	Nivel 3	
SAFRYCYN TOPICAL CREAM 0.2 % (hyaluronate sodium)	Nivel 3	
SCARCARE TOPICAL KIT 2 X 5.5 " (gel-matrix pad,silicone-dimethicone-dime-decameoct-oct-vit E)	Nivel 3	
STRATAMARK TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 3	
STRATATRIZ TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VASELINE WHITE PETROLEUM TOPICAL OINTMENT IN PACKET (petrolatum,white)	Nivel 1	
<i>zinc oxide topical ointment 20 %</i>	Nivel 3	
<i>zinc oxide topical paste 25 %</i>	Nivel 3	
Dermatológico - Protectores Solares - Drugs For The Skin		
CERAVE AM TOPICAL LOTION 30 SPF (homosalate/meradimate/octinoxate/octocrylene/zinc oxide)	Nivel 3	
Dermatológico - Quinolonas Antibacteriales - Drugs For The Skin		
XEPI TOPICAL CREAM 1 % (ozenoxacin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Mupirocin ointment within the past 120 days
Dermatológico - Repelentes De Insectos - Drugs For The Skin		
CUTTER ALL FAMILY TOPICAL AEROSOL,SPRAY 7 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
CUTTER ALL FAMILY TOPICAL TOWELETTE 7.15 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
CUTTER BACKWOODS DRY TOPICAL AEROSOL,SPRAY 25 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
CUTTER SKINSATIONS TOPICAL AEROSOL,SPRAY 7 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
CUTTER SKINSATIONS TOPICAL SPRAY,NON-AEROSOL 7 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OFF ACTIVE TOPICAL AEROSOL, SPRAY 15 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
OFF DEEP WOODS TOPICAL TOWELETTE 25 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
REPEL SPORTSMEN TOPICAL AEROSOL, SPRAY 29 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
REPEL TOPICAL TOWELETTE 30 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
SAWYER CONTROLLED RELEASE TOPICAL LOTION, EXTENDED RELEASE 20 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
Dermatológico - Retinoides (Vitamina A Y Derivados) - Tópico Cosmético - Drugs For The Skin		
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Terapia Rosácea, Tópica - Drugs For The Skin		
AVEIDA TOPICAL GEL 1-1 % (ivermectin/metronidazole)	Nivel 3	
AVEIDAOXIA TOPICAL GEL 1-1-4 % (ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 3	
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for one generic topicals: sulfacetamide+/- sulfur, clindamycin+/- benzoyl peroxide, erythromycin+/- benzoyl peroxide, adapalene+/- benzoyl peroxide, or tretinoin within the past 120 days
BAXONIL TOPICAL OINTMENT 1-2 % (metronidazole/mupirocin)	Nivel 3	
brimonidine topical gel with pump 0.33 %	Nivel 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (sulfacetamide sodium/sulfur/urea)	Nivel 1	
DAZAVEIDAOXIA TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % (brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 3	
DAZOMON TOPICAL GEL 0.25 % (brimonidine tartrate)	Nivel 3	
EPSOLAY TOPICAL CREAM 5 % (benzoyl peroxide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic topical Metronidazole within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days); Age (Min 18 Years)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Nivel 2	
IDARAN TOPICAL OINTMENT 1-2 % (metronidazole/mupirocin)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ivermectin topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Finacea gel or foam within the past 120 days
METROCREAM TOPICAL CREAM 0.75 % (metronidazole)	Nivel 3	
METROGEL TOPICAL GEL 1 % (metronidazole)	Nivel 3	
METROLOTION TOPICAL LOTION 0.75 % (metronidazole)	Nivel 3	
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel with pump 1 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	Nivel 1	
MIRVASO TOPICAL GEL WITH PUMP 0.33 % (brimonidine tartrate)	Nivel 3	
NORITATE TOPICAL CREAM 1 % (metronidazole)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Metronidazole 0.75% gel, lotion, or cream within the past 120 days
REMYDA TOPICAL GEL 0.25 % (brimonidine tartrate)	Nivel 3	
RESTIMO TOPICAL GEL 1-1 % (ivermectin/metronidazole)	Nivel 3	
RHOFADE TOPICAL CREAM 1 % (oxymetazoline HCl)	Nivel 3	
metronidazole (Rosadan Topical Cream 0.75 %)	Nivel 1	
metronidazole (Rosadan Topical Gel 0.75 %)	Nivel 3	
ROSADAN TOPICAL KIT, CLEANSER AND GEL 0.75 % (metronidazole/skin cleanser combination no.23)	Nivel 3	
ROSADAN TOPICAL KIT, CLEANSER AND CREAM 0.75 % (metronidazole/skin cleanser combination no.23)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ROSITARA TOPICAL GEL 1-1-4 % (ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 3	
ROVIS TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % (brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 3	
SOOLANTRA TOPICAL CREAM 1 % (ivermectin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Finacea gel or foam within the past 120 days
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML per 1 FILL)
SUMADAN XLT TOPICAL COMBO PACK,CLEANSER AND CREAM 9 %-4.5 % -SPF 25 (sulfacetamide sodium/sulfur/avobenzone/octinoxate/octyl sal)	Nivel 3	
ZILXI TOPICAL FOAM 1.5 % (minocycline HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic topical Metronidazole within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days)
Dermatológico - Tópicos De Anestesia Local Otros - Drugs For The Skin		
DYCLOPRO TOPICAL SOLUTION 0.5 % (dyclonine HCl)	Nivel 3	
PRAKETAMIDE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 5 % (ketamine HCl)	Nivel 3	
Dermatológico - Triazole Antifúngico - Drugs For The Skin		
JUBLIA TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 10 % (efinaconazole)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Varias Combinaciones - Drugs For The Skin		
KEFUNOVA TOPICAL CREAM 5-0.005 % (fluorouracil/calcipotriene)	Nivel 3	
Dermatológico - Varios Agentes Individuales - Drugs For The Skin		
MUSCUSOLICE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 2 %, 5 % (baclofen)	Nivel 3	
NEURAPTINE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (gabapentin)	Nivel 3	
Dietary Product - Infant Formulas - Drugs For The Skin		
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 % (alitretinoin)	Nivel 4	QL (60 GM per 28 days)
Dietary Product - Sweeteners - Drugs For The Skin		
ANALPRAM-HC TOPICAL LOTION 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
EPIFOAM TOPICAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream within the past 120 days
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.35-1 %</i>	Nivel 3	
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac topical cream 3-0.5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVACORT TOPICAL GEL WITH PERINEAL APPLICATOR 2-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 3	
PRAMOSONE TOPICAL CREAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream within the past 120 days
PRAMOSONE TOPICAL LOTION 1-1 %, 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream within the past 120 days
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
Dietary Products - Drugs For The Skin		
CARAC TOPICAL CREAM 0.5 % (fluorouracil)	Nivel 3	PA
EFUDEX TOPICAL CREAM 5 % (fluorouracil)	Nivel 3	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	Nivel 1	PA
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	Nivel 1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	Nivel 1	
TOLAK TOPICAL CREAM 4 % (fluorouracil)	Nivel 2	
Erythropoietins - Drugs For The Skin		
<i>imiquimod topical cream in metered-dose pump 3.75 %</i>	Nivel 3	
<i>imiquimod topical cream in packet 3.75 %</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
ZYCLARA TOPICAL CREAM IN METERED-DOSE PUMP 2.5 % (imiquimod)	Nivel 3	
Factor Viii Preparations (Ahf) - Drugs For The Skin		
ACUICYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.01 % (hypochlorous acid/sodium chloride)	Nivel 3	
AVENOVA TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.01 % (hypochlorous acid/sodium chloride)	Nivel 3	
CLEANSING EYELID MOIST PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.8)	Nivel 3	
CLEANSING EYELID WIPES EXT STR TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.10)	Nivel 3	
EYELID WIPES (WITH CHAMOMILE) TOPICAL TOWELETTE (eyelid cleanser combination no.6)	Nivel 3	
OCUSOFT LID SCRUB ALLERGY TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.13)	Nivel 3	
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING TOPICAL FOAM (eyelid cleanser combination no.11)	Nivel 3	
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.12)	Nivel 3	
Granulocyte Colony-Stimulating Factor (G-Csf) - Drugs For The Skin		
DERMACINRX PHN PAK TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5 % (lidocaine/emollient combination no.102)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX ZRM PAK TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5-5 % (lidocaine/dimethicone)	Nivel 3	
PRILO PATCH TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5-2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Nivel 3	
Hematopoietic Agents - Drugs For The Skin		
<i>ceramides 1,3,6-ii topical cream</i>	Nivel 3	
CERAVE DAILY MOISTURIZING TOPICAL LOTION (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 3	
CERAVE FOAMING FACIAL TOPICAL CLEANSER (ceramides 1,3,6-II/niacinamide)	Nivel 3	
CERAVE PM TOPICAL LOTION,EXTENDED RELEASE (ceramides 1,3,6-II/niacinamide/hyaluronic acid)	Nivel 3	
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE) TOPICAL CLEANSER (ceramides (1,3,6-II)/salicylic acid/niacinamide)	Nivel 3	
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE) TOPICAL CREAM (ceramides (1,3,6-II)/salicylic acid/niacinamide)	Nivel 3	
CERAVE SA TOPICAL LOTION (salicylic acid/ceramides 1,3,6-II)	Nivel 3	
CERAVE TOPICAL CLEANSER (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 3	
CERAVE TOPICAL CREAM (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 3	
MOISTURIZING NORMAL-DRY SKIN TOPICAL LOTION (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 3	
Hemostatics - Systemic - Drugs For The Skin		
CETAPHIL GENTLE SKIN CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.42)	Nivel 3	
GENTLE SKIN CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.43)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GENTLE SKIN CLEANSER(WITH SLS) TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.10)	Nivel 3	
TECNU TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.41)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Female Condoms - Drugs For The Skin		
<i>doxycycline monohydrate oral capsule,ir - delay rel,biphase 40 mg</i>	Nivel 1	
EMROSI ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 40 MG (minocycline HCl)	Nivel 3	
ORACEA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 40 MG (doxycycline monohydrate)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Hot And Cold Combination Therapy Aids - Drugs For The Skin		
<i>minocycline oral capsule,extended release 24hr 135 mg, 45 mg, 90 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>minocycline oral tablet extended release 24 hr 105 mg, 115 mg, 135 mg, 45 mg, 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline or Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 9 Years)
XIMINO ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 135 MG, 45 MG, 90 MG (minocycline HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 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>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcipotriene-betamethasone topical suspension 0.005-0.064 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
ENSTILAR TOPICAL FOAM 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Nivel 2	
TACLONEX TOPICAL SUSPENSION 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WYNZORA TOPICAL CREAM 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Taclonex ointment within the past 120 days
Minerals And Electrolytes - Electrolytes And Invert Sugar - Drugs For The Skin		
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	Nivel 1	
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	Nivel 1	QL (170 GM per 1 FILL)
ECOZA TOPICAL FOAM 1 % (econazole nitrate)	Nivel 3	
ERTACZO TOPICAL CREAM 2 % (sertaconazole nitrate)	Nivel 3	
EXELDERM TOPICAL CREAM 1 % (sulconazole nitrate)	Nivel 2	
EXELDERM TOPICAL SOLUTION 1 % (sulconazole nitrate)	Nivel 2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Ketoconazole 2% cream/shampoo within the past 120 days
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	Nivel 1	QL (360 ML per 1 FILL)
KETODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 2 % (ketoconazole/skin cleanser combination no.28)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ketoconazole (Ketodan Topical Foam 2 %)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Ketoconazole 2% cream/shampoo within the past 120 days
<i>luliconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Ketoconazole and Clotrimazole cream within the past 365 days; QL (60 GM per 28 days)
LUZU TOPICAL CREAM 1 % (luliconazole)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Ketoconazole and Clotrimazole cream within the past 365 days; QL (60 GM per 28 days)
<i>miconazole nitrate-zinc ox-pet topical ointment 0.25-15-81.35 %</i>	Nivel 1	
<i>oxiconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
OXISTAT TOPICAL LOTION 1 % (oxiconazole nitrate)	Nivel 3	
<i>sulconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>sulconazole topical solution 1 %</i>	Nivel 1	
VUSION TOPICAL OINTMENT 0.25-15-81.35 % (miconazole nitrate/zinc oxide/petrolatum,white)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XOLEGEL TOPICAL GEL 2 % (ketoconazole)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Ketoconazole 2% cream/shampoo within the past 120 days
Minerals And Electrolytes - Iron Combinations - Drugs For The Skin		
SALVAX DUO PLUS TOPICAL FOAM 6-35 % (salicylic acid/urea)	Nivel 3	
<i>silver nitrate applicators topical stick 75-25 %</i>	Nivel 1	
Minerals And Electrolytes - Oral Electrolytes - Drugs For The Skin		
CHEST RUB (WITH PINE OIL) TOPICAL OINTMENT (eucalyptus oil/lavender oil/pine needle oil/beeswax)	Nivel 3	
Minerals And Electrolytes - Trace Minerals - Drugs For The Skin		
ABENOR HP TOPICAL LOTION 15-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 3	
ABENOR TOPICAL CREAM 10-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 3	
ACIOXIAY TOPICAL CREAM 15-4 % (azelaic acid/niacinamide)	Nivel 3	
ACZONE TOPICAL GEL 5 % (dapsone)	Nivel 3	
ACZONE TOPICAL GEL WITH PUMP 7.5 % (dapsone)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AMZEEQ TOPICAL FOAM 4 % (minocycline HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for generic topicals: Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin within the past 365 days; Age (Min 9 Years)
APORIX TOPICAL GEL 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Nivel 3	
azelaic acid topical gel 15 %	Nivel 1	
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for one generic topicals: sulfacetamide+/- sulfur, clindamycin+/- benzoyl peroxide, erythromycin+/- benzoyl peroxide, adapalene+/- benzoyl peroxide, or tretinoin within the past 120 days
CLEOCIN T TOPICAL LOTION 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 3	
CLEOCIN T TOPICAL SOLUTION 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 3	QL (180 ML per 1 FILL)
clindamycin phosphate (Clindacin Etz Topical Swab 1 %)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
clindamycin phosphate (Clindacin P Topical Swab 1 %)	Nivel 3	
clindamycin phosphate (Clindacin Topical Foam 1 %)	Nivel 3	
CLINDAGEL TOPICAL GEL, ONCE DAILY 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Clindamycin Phosphate 1% gel within the past 120 days
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Clindamycin Phosphate 1% gel within the past 120 days
<i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML per 1 FILL)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel 5 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel 7.5 %</i>	Nivel 3	
<i>dapsone topical gel with pump 7.5 %</i>	Nivel 1	
DEOXIA TOPICAL GEL 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Nivel 3	
ECEOXIA TOPICAL CREAM 10-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 3	
erythromycin base in ethanol (Ery Pads Topical Swab 2 %)	Nivel 1	
ERYGEL TOPICAL GEL 2 % (erythromycin base in ethanol)	Nivel 3	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML per 1 FILL)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVOCLIN TOPICAL FOAM 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 3	
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Nivel 2	
KLARON TOPICAL SUSPENSION 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
OXIAICE TOPICAL LOTION 15-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 3	
RUMILO TOPICAL CREAM 15-4 % (azelaic acid/niacinamide)	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	Nivel 1	
Nutritional Product - Lipids - Drugs For The Skin		
CAPSFENAC PAK TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Nivel 3	
CAPSINAC TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
DERMACINRX LEXITRAL TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
DICLOFEX DC TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
DICLOGEN TOPICAL KIT 1.5-10-4 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Nivel 3	
DICLOPR TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL 1-30-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DICLOSAICIN TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
DICLOTRAL TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
DICLOTREX TOPICAL KIT 1.5-10-4 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Nivel 3	
DIMENTHO TOPICAL KIT 1.5-10 % (diclofenac sodium/menthol/kinesiology tape)	Nivel 3	
DITHOL TOPICAL COMBO PACK 1.5-10 % (diclofenac sodium/menthol)	Nivel 3	
FENOVAR TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 3	
ICLOFENAC CP TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
INFLAMMA-K TOPICAL KIT, PATCH, SOLUTION DROPS 1.5-10-6-3.1 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol/camphor)	Nivel 3	
KERAXA TOPICAL GEL 3-2-4 % (diclofenac sodium/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
ORTHAPHEN TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 3	
ROAOXIA TOPICAL GEL 3-2-4 % (diclofenac sodium/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE RESULT DSS PREMIUM PACK TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
VAROPHEN (DICLOFENAC) TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 3	
ZICLOCIN TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Nivel 3	
ZICLOPRO TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
Pharmaceutical Adjuvant - Cream/Ointment Vehicles - Drugs For The Skin		
<i>naftifine topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>naftifine topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>naftifine topical gel 2 %</i>	Nivel 1	
NAFTIN TOPICAL GEL 2 % (naftifine HCl)	Nivel 3	
Pharmaceutical Adjuvant - Placebos - Drugs For The Skin		
CICLODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.28)	Nivel 3	
CICLODAN KIT TOPICAL SOLUTION 8 % (ciclopirox/urea/camphor/menthol/eucalyptol)	Nivel 3	QL (19.8 ML per 1 FILL)
ciclopirox olamine (Ciclodan Topical Cream 0.77 %)	Nivel 3	QL (180 GM per 1 FILL)
ciclopirox (Ciclodan Topical Solution 8 %)	Nivel 3	QL (19.8 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	Nivel 1	QL (19.8 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-euc topical solution 8 %</i>	Nivel 1	QL (19.8 ML per 1 FILL)
DAFILOR TOPICAL SHAMPOO 0.77-2 % (ciclopirox olamine/salicylic acid)	Nivel 3	
FILOMA TOPICAL SOLUTION 8-1-1 % (ciclopirox olamine/fluconazole/terbinafine HCl)	Nivel 3	
HAXDRAX TOPICAL SHAMPOO 0.77-2 % (ciclopirox olamine/salicylic acid)	Nivel 3	
HIXDEFRIMA TOPICAL SOLUTION 8-1-1 % (ciclopirox olamine/fluconazole/terbinafine HCl)	Nivel 3	
LOPROX (AS OLAMINE) TOPICAL CREAM 0.77 % (ciclopirox olamine)	Nivel 3	QL (180 GM per 1 FILL)
LOPROX (AS OLAMINE) TOPICAL SUSPENSION 0.77 % (ciclopirox olamine)	Nivel 3	QL (180 ML per 1 FILL)
LOPROX KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.40)	Nivel 3	
LOPROX KIT TOPICAL KIT, SUSPENSION AND CLEANSER 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.40)	Nivel 3	
Pharmaceutical Adjuvant - Surfactants - Drugs For The Skin		
ALTABAX TOPICAL OINTMENT 1 % (retapamulin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Mupirocin ointment within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Platelet Proliferation Stimulants (Interleukins) - Drugs For The Skin		
ANODYNE LPT TOPICAL KIT 2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Nivel 3	
CETACAINE TOPICAL AEROSOL, SPRAY 2 %-2 %-14 % (200 MG/SEC) (tetracaine/benzocaine/butamben)	Nivel 3	
DOLOTRANZ TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 4-2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Nivel 3	
ELEMAR TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Nivel 3	
ENZNONUTY TOPICAL OINTMENT 10-10-20 % (lidocaine/tetracaine/benzocaine)	Nivel 3	
ILIDERM TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (lidocaine HCl/palm oil)	Nivel 3	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-prilocaine topical kit 2.5-2.5 %</i>	Nivel 3	
LMR PLUS TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Nivel 3	
MENTHO-CAINE TOPICAL KIT, OINTMENT AND SPRAY 5-8 % (lidocaine/menthol)	Nivel 3	
NOBELA TOPICAL OINTMENT 10-10-20 % (lidocaine/tetracaine/benzocaine)	Nivel 3	
PAINGO KFT TOPICAL CREAM 2.5-2.5-30-10 % (lidocaine/prilocaine/methyl salicylate/menthol)	Nivel 3	
SOLUPAK TOPICAL KIT, OINTMENT AND SPRAY 5-10-3 % (lidocaine/methyl salicylate/menthol)	Nivel 3	
SYNTHERMA PLUS TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WPR PLUS TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 4-30-10 % (lidocaine HCl/methyl salicylate/menthol)	Nivel 3	
Protectores De Uñas - Drugs For The Skin		
GENADUR (WITH LEXINAL) KIT 2,500 MCG (biotin/carbitol/equisetum xt/ethanol/hydroxypropyl chito/msm)	Nivel 3	
GENADUR TOPICAL LIQUID (carbitol/equisetum ext/ethanol/hydroxypropyl chitosan/msm)	Nivel 3	
Sustituto De Piel, Vendajes De Tejido Vivo - Drugs For The Skin		
APLIGRAF TOPICAL DISK (cultured skin substitute, human and bovine)	Nivel 3	
OASIS ULTRA FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 3	
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 3	
OASIS WOUND MATRIX MESHED TOPICAL SHEET 5 X 7 CM, 7 X 10 CM, 7 X 20 CM (porcine acell submucosa, meshed)	Nivel 3	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa Otros - Drugs For The Skin		
ADMIRAZOL HP TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (dapson/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
ADMIRAZOL TOPICAL CREAM 6-5-2 % (dapson/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIXI HP TOPICAL CREAM 8.5-4 % (dapsone/niacinamide)	Nivel 3	
ALIXI TOPICAL CREAM 6-4 % (dapsone/niacinamide)	Nivel 3	
APORIX TOPICAL LOTION 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Nivel 3	
CLINDACIN ETZ TOPICAL KIT 1 % (clindamycin phosphate/skin cleanser comb no.19)	Nivel 3	
CLINDACIN PAC TOPICAL KIT 1 % (clindamycin phosphate/skin cleanser comb no.19)	Nivel 3	
DEOXIA TOPICAL LOTION 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Nivel 3	
DIADIMAXIA TOPICAL CREAM 6-5-2 % (dapsone/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
DIADIMAXIA TOPICAL GEL 6-5-2 % (dapsone/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
DIAOXIA TOPICAL CREAM 6-4 % (dapsone/niacinamide)	Nivel 3	
DIAOXIA TOPICAL GEL 6-4 % (dapsone/niacinamide)	Nivel 3	
DIASDIMAXIA TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (dapsone/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
DIASDIMAXIA TOPICAL GEL 8.5-5-2 % (dapsone/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
DIASOXIA TOPICAL CREAM 8.5-4 % (dapsone/niacinamide)	Nivel 3	
DIASOXIA TOPICAL GEL 8.5-4 % (dapsone/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Queratolíticas - Drugs For The Skin		
ACANYA TOPICAL GEL WITH PUMP 1.2-2.5 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Clindamycin/Benzoyl Peroxide gel within the past 120 days
APEXOL HP TOPICAL SUSPENSION 5-10 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
APEXOL TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
ARTILIS HP TOPICAL GEL 5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
ARTILIS TOPICAL GEL 2.5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 1	
AVAR LS TOPICAL CLEANSER 10-2 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
AVAR TOPICAL CLEANSER 10-5 % (W/W) (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	QL (1419 GM per 1 FILL)
BENZAMYCIN TOPICAL GEL 3-5 % (erythromycin base/benzoyl peroxide)	Nivel 3	
BP 10-1 TOPICAL CLEANSER 10-1 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (sulfacetamide sodium/sulfur/urea)	Nivel 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %, 1.2 % (1 % base) -5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1.2-2.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Clindamycin/Benzoyl Peroxide gel within the past 120 days
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -3.75 %</i>	Nivel 1	
DRAXACE TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
DRAXACEY TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
DRIXECE TOPICAL SUSPENSION 5-10 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	Nivel 1	
INZDEOXIA TOPICAL GEL 2.5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
NEUAC KIT TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL 1.2-5 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide/emollient comb no.94)	Nivel 3	
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide (Neuac Topical Gel 1.2 %(1 % Base) -5 %)	Nivel 1	
ONEXTON TOPICAL GEL WITH PUMP 1.2 %(1 % BASE) - 3.75 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide)	Nivel 3	
ONZDEOXIA TOPICAL GEL 5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
PLEXION CLEANSING CLOTHS TOPICAL PADS, MEDICATED 9.8-4.8 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PLEXION TOPICAL CLEANSER 9.8-4.8 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
ROSULA CLEANSING CLOTHS TOPICAL PADS, MEDICATED 10-5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
ROSULA TOPICAL CLEANSER 10-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
SSS 10-5 TOPICAL CREAM 10-5 % (W/W) (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
SSS 10-5 TOPICAL FOAM 10-5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-2 %, 9-4 %, 9-4.5 %, 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-5 % (w/w)</i>	Nivel 1	QL (1419 GM per 1 FILL)
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 8-4 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cream 10-2 %, 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical lotion 10-5 % (w/v), 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical pads, medicated 10-4 %</i>	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical suspension 10-5 %, 8-4 %, 9-4.25 %</i>	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML per 1 FILL)
SULFACLEANSE 8-4 TOPICAL SUSPENSION 8-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
SUMADAN TOPICAL CLEANSER 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUMADAN TOPICAL KIT 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur/skin cleanser comb no.23)	Nivel 3	
SUMADAN XLT TOPICAL COMBO PACK,CLEANSER AND CREAM 9 %-4.5 % -SPF 25 (sulfacetamide sodium/sulfur/avobenzene/octinoxate/octyl sal)	Nivel 3	
SUMAXIN CP TOPICAL KIT 10-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur/skin cleanser comb no.23)	Nivel 3	
SUMAXIN TOPICAL CLEANSER 9-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
ZMA CLEAR TOPICAL SUSPENSION 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Retinoide - Drugs For The Skin		
ADEINZDE TOPICAL GEL 0.1-2.5-1 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Nivel 3	
ADERMICA HP TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
ADERMICA TOPICAL GEL 0.025-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
ALOMIRA HP TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
ALOMIRA LP TOPICAL GEL 0.025-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
ALOMIRA TOPICAL GEL 0.05-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALUXOF HP TOPICAL GEL 0.1-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 3	
ALUXOF TOPICAL GEL 0.05-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 3	
AUGUSTIL TOPICAL GEL 0.025-1-2-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
AVIDORA HP TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
AVIDORA TOPICAL CREAM 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
AVIDORA TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
AWANIS TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Nivel 3	
CABTREO TOPICAL GEL 0.15-3.1-1.2 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Nivel 3	PA
<i>clindamycin-tretinoin topical gel 1.2-0.025 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Clindamycin gel or Tretinoin 0.025% gel within the past 120 days
DEOXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-1-2-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
DEOXIATAR TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEOXIAVAR TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
DIASAXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Nivel 3	
DIASAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Nivel 3	
INZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
INZDEAXIAVAR TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
LOUNZDOMDIOXIATAR TOPICAL GEL 0.05-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 3	
ONZDEAXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 3	
ONZDEAXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 3	
ONZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
ONZDEAXIAVAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONZDEAXIAZAR TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
TARDEOXIA TOPICAL CREAM 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
UNZDOMDIOXIAZAR TOPICAL GEL 0.1-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 3	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Queratolíticas-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
VANOXIDE-HC TOPICAL SUSPENSION 5-0.5 % (benzoyl peroxide/hydrocortisone)	Nivel 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Retinoides Otros - Drugs For The Skin		
ADAINZOXIA TOPICAL GEL 0.3-2.5-4 % (adapalene/benzoyl peroxide/niacinamide)	Nivel 3	
<i>adapalene-benzoyl peroxide topical gel with pump 0.1-2.5 %, 0.3-2.5 %</i>	Nivel 1	
ALURIS HP PLUS TOPICAL CREAM 0.1-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
ALURIS HP TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
ALURIS LP PLUS TOPICAL CREAM 0.025-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
ALURIS LP TOPICAL CREAM 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALURIS PLUS TOPICAL CREAM 0.05-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
ALURIS TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
ALURIS TOPICAL GEL 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
APHORIA TOPICAL GEL 0.3-2.5-4 % (adapalene/benzoyl peroxide/niacinamide)	Nivel 3	
AZALTA HP TOPICAL GEL 0.05-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
AZALTA TOPICAL GEL 0.025-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
EPIDUO FORTE TOPICAL GEL WITH PUMP 0.3-2.5 % (adapalene/benzoyl peroxide)	Nivel 3	
EPIDUO TOPICAL GEL WITH PUMP 0.1-2.5 % (adapalene/benzoyl peroxide)	Nivel 3	
IDYYXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
OXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
OXIAVARRY TOPICAL CREAM 0.05-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
OXIAVARY TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
OXIAZAR TOPICAL CREAM 0.1-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
SAROXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
SIRVANA TOPICAL GEL 0.025-5 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SORIXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
TARDIMAXIA TOPICAL GEL 0.025-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
TAROXIA TOPICAL CREAM 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
TAROXIA TOPICAL GEL 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
TWYNEO TOPICAL CREAM 0.1-3 % (tretinoin/benzoyl peroxide)	Nivel 3	
VARDIMAXIA TOPICAL GEL 0.05-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
VAROXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
VAROXIA TOPICAL GEL 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
Terapia Para El Acné Tópica - Queratolítica - Drugs For The Skin		
BENZEPRO (MICROSPHERES) TOPICAL CLEANSER 7 % (benzoyl peroxide microspheres)	Nivel 3	
BENZEPRO TOPICAL TOWELETTE 6 % (benzoyl peroxide)	Nivel 3	
<i>benzoyl peroxide topical cleanser 7 %</i>	Nivel 3	
<i>benzoyl peroxide topical foam 9.8 %</i>	Nivel 1	
BPO TOPICAL GEL 8 % (benzoyl peroxide)	Nivel 1	
PACNEX HP TOPICAL PADS, MEDICATED 7 % (benzoyl peroxide)	Nivel 3	
PACNEX LP TOPICAL PADS, MEDICATED 4.25 % (benzoyl peroxide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PR BENZOYL PEROXIDE TOPICAL CLEANSER 7 % (benzoyl peroxide microspheres)	Nivel 1	
Terapia Para El Acné Tópica - Reinoides Y Derivados - Drugs For The Skin		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical gel 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical gel with pump 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
<i>adapalene topical solution 0.1 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Adapalene 0.1% gel within the past 120 days
<i>adapalene topical swab 0.1 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Adapalene 0.1% gel within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
AKLIEF TOPICAL CREAM 0.005 % (trifarotene)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for one of the following generic topicals: Tazarotene, Tretinoin, or Adapalene (gel, cream, lotion, or solution) within the past 120 days; Age (Max 39 Years)
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 % (tretinoin)	Nivel 3	
ALVOX HP TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALVOX TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 3	
ARAZLO TOPICAL LOTION 0.045 % (tazarotene)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for one of the following generic topicals: Tazarotene, Tretinoin, or Adapalene (gel, cream, lotion, or solution) within the past 120 days
ATRALIN TOPICAL GEL 0.05 % (tretinoin)	Nivel 3	
AVITA TOPICAL CREAM 0.025 % (tretinoin)	Nivel 1	
AVITA TOPICAL GEL 0.025 % (tretinoin)	Nivel 1	
DIFFERIN TOPICAL CREAM 0.1 % (adapalene)	Nivel 3	
DIFFERIN TOPICAL GEL WITH PUMP 0.3 % (adapalene)	Nivel 3	
DIFFERIN TOPICAL LOTION 0.1 % (adapalene)	Nivel 3	Age (Max 39 Years)
ETHOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 3	
ITHOXIA TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 3	
RETIN-A MICRO PUMP TOPICAL GEL WITH PUMP 0.04 %, 0.1 % (tretinoin microspheres)	Nivel 3	Age (Max 39 Years)
RETIN-A MICRO PUMP TOPICAL GEL WITH PUMP 0.06 %, 0.08 % (tretinoin microspheres)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Tretinoin Microspheres 0.04% and 0.10% within the past 365 days; Age (Max 39 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RETIN-A MICRO TOPICAL GEL 0.04 %, 0.1 % (tretinoin microspheres)	Nivel 3	Age (Max 39 Years)
RETIN-A TOPICAL CREAM 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % (tretinoin)	Nivel 3	
RETIN-A TOPICAL GEL 0.01 %, 0.025 % (tretinoin)	Nivel 3	
<i>tazarotene topical foam 0.1 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for one of the following generic topicals: Tazarotene, Tretinoin, or Adapalene (gel, cream, lotion, or solution) within the past 120 days
<i>tretinoin microspheres topical gel 0.04 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.04 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.08 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Tretinoin Microspheres 0.04% and 0.10% within the past 365 days; Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Nivel 1	
Terapia Sistémica Para El Acné - Reinoides Y Derivados - Drugs For The Skin		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE 16 MG, 24 MG, 32 MG, 8 MG (isotretinoin, micronized)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for preferred generic Isotretinoin within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
isotretinoin (Accutane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
isotretinoin (Amnesteem Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
isotretinoin (Claravis Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>isotretinoin oral capsule 25 mg, 35 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for preferred generic Isotretinoin within the past 120 days
isotretinoin (Zenatane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
Vendajes De Piel De Ovina (Oveja), No-Viva - Drugs For The Skin		
KERAMATRIX TOPICAL SHEET 2 X 2 ", 3/4 X 1 ", 4 X 4 " (tissue matrix, keratin-based, ovine derived)	Nivel 3	
Vendajes De Piel De Porcino, No-Vivo - Drugs For The Skin		
MIRO3D FIBERS TOPICAL POWDER 100 MG, 500 MG, 700 MG (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 3	
MIRO3D TOPICAL SHEET 10 X 5 X 2 CM, 2 X 2 X 2 CM, 3 X 3 X 2 CM, 4 X 4 X 2 CM, 5 X 5 X 2 CM, 7 X 5 X 2 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 3	
MIRODERM FENESTRATED PLUS TOPICAL SHEET 3 X 3 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (extracellular matrix (ECM),porcine derived,fenestrated)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MIRODERM FENESTRATED TOPICAL SHEET 2 X 2 CM, 2 X 3 CM, 3 X 3 CM, 4 X 4 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (extracellular matrix (ECM), porcine derived, fenestrated)	Nivel 3	
MIRODRY WOUND MATRIX TOPICAL SHEET 10 X 5 CM, 2 X 2 CM, 3 X 3 CM, 4 X 4 CM, 5 X 5 CM, 5 X 7 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 3	
MIROTRACT TOPICAL SHEET 3 MM X 5 CM, 3 MM X 9 CM, 5 MM X 5 CM, 5 MM X 9 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 3	
XCELLISTEM TOPICAL POWDER 250 MG (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 3	
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
Anorectal - Hemorrhoidal Combinations Other - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AIRS PEDIATRIC DISPOSABLE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
AMIELLE VAGINAL TRAINER KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA DEVICE (data transfer pen cap for insulin glulisine, reusable, BT)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart (B3), reusable, BT)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro-aabc, reusable, BT)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA DEVICE (data transfer pen cap for insulin degludec, reusable, BT)	Nivel 3	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 3	
ENFIT MEDICAL STRAW (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
ENFIT MEDICINE BOTTLE ADAPTER (adapter cap for bottle)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>eua patient assessment</i>	Nivel 3	
PRO COMFORT TENS ELECTRODE PAD (tens unit electrodes)	Nivel 3	
PRO COMFORT TENS UNIT COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 3	
PRO-CEPTION VAGINAL (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
RECONSTITUTE KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 3	
T:FLEX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 3	
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TEMPO SMART BUTTON DEVICE (data transfer accessory (insulin pen), bluetooth)	Nivel 3	
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 3	
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 3	
VIBRANT ORAL CAPSULE (vibrating transient device for constipation)	Nivel 3	
VIBRANT STARTER KIT COMBO PACK (vibrating transient device for constipation)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Contact Lens Preparation - Hard Lens Products - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 3	
FLEXI-SEAL SIGNAL FMS RECTAL (fecal collector with charcoal filter/catheter/syringe)	Nivel 3	
MONO-FLO DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 3	
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL (diaper,brief,youth,disposable)	Nivel 3	
TENSCARE ITOUCH SURE VAGINAL DEVICE (incont device,muscle toner,elt)	Nivel 3	
YONI FIT BLADDER SUPPORT VAGINAL 34-38 MM, 34-38-42 MM, 42-45 MM, 45-48-52 MM, 48-52 MM (pessary)	Nivel 3	
Dental Product - Astringents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (condoms, non-latex, lubricated)	Nivel 0	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
FANTASY CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Nivel 0	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUE COVER CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dental Product - Disinfectants - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	Nivel 0	
Dental Product - Fluoride Preparations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (diaphragms, contoured)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dental Product - Hemostatics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	Nivel 0	
Dermatological Irritants-Counter-Irritant Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
PCCA ACCUPEN-15 DEVICE (topical cream metered-dose device)	Nivel 3	
STERILE DROPTAINERS (eye drop dispenser)	Nivel 3	
Inflammatory Bowel Agent - Glucocorticoids - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 4 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 5 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 6 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Covid-19 Miscellaneous Testing Supplies - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days)
BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX TYFAST FLU-COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo |
Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>covid19 test adm.by pharmacist</i>	Nivel 3	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FLOWFLEX PLUS COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days)
ID NOW COVID-19 TEST KIT KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 3	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT (COVID-19 test specimen collection)	Nivel 3	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
QUICKVUE SARS ANTIGEN KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
RAPIDGO FLU AND COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
SPEEDYSWAB COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
Ophthalmic - Anti-Allergy - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AEROECLIPSE II NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
AEROECLIPSE XL NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
AERONEB GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
AIRS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
ALTERA NEBULIZER HANDSET (nebulizer)	Nivel 3	
ALTERA NEBULIZER SYSTEM (nebulizer)	Nivel 3	
AURA PORTANEB (nebulizer)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
INNOSPIRE GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
LC PLUS (nebulizer)	Nivel 3	
LC PLUS NEBULIZER-PED MASK (nebulizer)	Nivel 3	
MC 300 NEBULIZER W-MOUTHPIECE (nebulizer)	Nivel 3	
MC 300 NEBULIZER-UNVRSL TUBING (nebulizer)	Nivel 3	
MICROAIR MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
MINI PLUS NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET (nebulizer)	Nivel 3	
PARI LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Nivel 3	
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
SIDESTREAM (nebulizer)	Nivel 3	
SIDESTREAM NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
SIDESTREAM PLUS (nebulizer)	Nivel 3	
SINUSTAR NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
SOOTHENEB MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
Ophthalmic - Local Anesthetic Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BD INSYTE AUTOGUARD INFUSION SET 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter)	Nivel 3	
BD SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Nivel 3	
INSYTE IV CATHETER INFUSION SET 14 X 1.75 ", 20 X 1.16 " (intravenous catheter)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 3	
IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 3	
NEXIVA INFUSION SET 18 X 1 1/4 ", 18 X 1 3/4 ", 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/4 ", 20 X 1 3/4 ", 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4", 24 X 0.56 " (intravenous catheter)	Nivel 3	
PHASEAL SECONDARY SET INFUSION SET (intravenous piggyback administration set)	Nivel 3	
PHASEAL Y-SITE (y-site line connector, closed system)	Nivel 3	
Ophthalmic - Local Anesthetic Esters - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe, safety with needle, 3 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Nivel 3	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe, safety with needle, 3 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2", 10 ML 20 X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 21 X 1 1/2" (syringe with needle, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 26 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (syringe with needle and cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle, disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 "</i>	Nivel 3	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT PRECISION LUER LOCK SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAREPOINT PRECISION SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig,60 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Nivel 3	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASYPPOINT NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 3	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Nivel 3	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (needles, disposable)	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo |
Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos
Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos
Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de
medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (syringe,safety with needle,12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 12 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe, needle, safety 1 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 10 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe 3 mL with safety needle,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 5 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" (needles, safety)	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
<i>syringe (disposable) syringe 10 ml, 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 10 ml 20 x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 x 1"</i>	Nivel 1	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRING SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (syringe, disposable irrigation, 70 mL)	Nivel 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Ophthalmic Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ADVANCE PLUS INTERMITTENT 10 FR, 10-16 FR-", 12 FR, 12-16 FR-", 14-16 FR-", 16-16 FR-", 18-16 FR-", 6-16 FR-", 8-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT COMBO PACK 6 FR, 8 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Nivel 3	
APOGEE IC INTERMIT CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 3	
APOGEE PLUS INTERMITT CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
DOVER COATED LATEX FOLEY COMBO PACK (urinary bag/catheterization tray)	Nivel 3	
DOVER LATEX FOLEY CATHETER 16 FR, 28 FR (catheter)	Nivel 3	
DOVER RED RUBBER ROBINSON CATH 8 FR (catheter)	Nivel 3	
DOVER UNIVERSAL TRAY (catheterization tray)	Nivel 3	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Nivel 3	
KENGUARD FOLEY CATHETER 18-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
KENGUARD FOLEY CATHETER TRAY (catheterization tray)	Nivel 3	
LOFRIC 12-16 FR-", 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
LOFRIC ORIGO 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
LOFRIC PRIMO NELATON CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
LOFRIC SENSE NELATON CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER 10-16 FR-", 12-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER 16 FR (catheter)	Nivel 3	
SELF-CATHETER, FEMALE 14 FR (catheter)	Nivel 3	
SILASTIC FOLEY CATHETER 20 FR (catheter)	Nivel 3	
SPEEDICATH (FEMALE) 16 FR (catheter)	Nivel 3	
TOUCH-TROL 10 FR (catheter)	Nivel 3	
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Nivel 3	
Ophthalmic-Intraocular Press. Reducing, Sel. Alpha Adrenergic Agonists - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
INTERLINK LEVER LOCK CANNULA (syringe accessory)	Nivel 3	
I-PORT (injection ports)	Nivel 3	
I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 3	
I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 3	
KENDALL DISINFECTANT CAP (alcohol swab cap)	Nivel 3	
MONOJECT LUER ADAPTER INTRAVENOUS ADMIX ACCESSORY (intravenous equipment)	Nivel 3	
PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE DEVICE (assembly system, vial to transfer device, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (connector luer lock, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL INFUSION ADAPTER (infusion adapter, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL INFUSION CLAMP (clamp, IV tubing)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHASEAL INJECTOR LUER (needle injector, luer, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (needle injector, luer lock, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Nivel 3	
VARITHENA ADMINISTRATION PACK (transfer set/syringe, disposable/bandages,compression/tubing)	Nivel 3	
Otic (Ear) - Agents For The Pinna - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ENFIT IRRIGAT SYRINGE-CONTAINER KIT (feeder irrigation kit)	Nivel 3	
<i>enteral connector, enfit</i>	Nivel 3	
ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT (feeder container with gravity set, ENFit)	Nivel 3	
KANGAROO 924 SAFETY SCREW (pump set)	Nivel 3	
KANGAROO EPUMP SET (feeder container with pump set)	Nivel 3	
KANGAROO GRAVITY SET (feeder container with gravity set)	Nivel 3	
RELIZORB CARTRIDGE (enteral pump accessory for fat hydrolysis)	Nivel 3	
Otic (Ear) - Analgesics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ADVOCATE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
AQINJECT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
CAREFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CLICKFINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPLET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 X5/16 ", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/32", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN SYRINGE 1 ML (syringe without needle, insulin disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML (syringe without needle, insulin disponible, 1 mL)	Nivel 1	
EMBRACE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
INCONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
<i>insulin syringe u100 half mark syringe 0.3 ml 31 gauge x 1/4"</i>	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 0.3 ml 29 gauge x 1/2", 0.3 ml 30, 0.3 ml 30 gauge x 1/2", 0.3 ml 30 gauge x 5/16", 0.3 ml 31 gauge x 1/4", 0.3 ml 31 gauge x 15/64", 0.3 ml 31 gauge x 5/16", 0.5 ml 29 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 5/16", 0.5 ml 31 gauge x 5/16", 1 ml 27 gauge x 1/2", 1 ml 27 gauge x 5/8", 1 ml 28 gauge, 1 ml 28 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 7/16", 1 ml 30 gauge x 1/2", 1 ml 30 gauge x 3/8", 1 ml 30 gauge x 5/16, 1 ml 30 gauge x 7/16", 1 ml 31 gauge x 1/4", 1 ml 31 gauge x 15/64", 1 ml 31 gauge x 5/16, 1/2 ml 27 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge, 1/2 ml 28 gauge x 1/2", 1/2 ml 29, 1/2 ml 30 gauge, 1/2 ml 31 gauge x 1/4", 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>insulin u-500 syringe-needle syringe 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
INSUPEN PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML , 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOFINE 32 NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOFINE PLUS NEEDLE 32 GAUGE X 1/6" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (insulin pump controller)	Nivel 2	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML (insulin pump syringe, 1.8 mL)	Nivel 1	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	
PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2", 30 gauge x 3/16", 30 gauge x 5/16", 31 gauge x 1/4", 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/16", 31 gauge x 5/32", 32 gauge x 1/4", 32 gauge x 3/16", 32 gauge x 5/16", 32 gauge x 5/32", 33 gauge x 1/4", 33 gauge x 3/16", 33 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 15/32", 31 gauge x 1/3", 31 gauge x 1/6", 31 gauge x 13/64", 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic, safety needle 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PENTIPS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PIP PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe w-needle 0.3 mL,insulin,safety w-self-cont.dis.unit)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle,safety,disposal unit,0.5 mL)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle 1 mL,insulin,safety w-self-con.disp.unit)	Nivel 1	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SIMPLI PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TECHLITE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUEPLUS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTICARE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2", 0.3 ML 31 X 5/16" (syringe with needle,insulin disposable,0.3 mL/empty containr)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR SYRINGE 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16" (syringe with needle, insulin, 1 mL and sharps container)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR SYRINGE 1/2 ML 30 X 1/2", 1/2 ML 31 X 5/16" (syringe-needle, insulin, 0.5 mL/container, empty)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPAK-PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Nivel 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTILET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29, 1/2 ML 30 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA THIN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
UNIFINE OTC PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERIFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Nivel 1	
Otic (Ear) - Glucocorticoids - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE (lancets)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	DME	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ADVANCED ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ADVOCATE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS (blood-glucose meter)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX CONTROL SOLN-HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORM-HI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
AGAMATRIX JAZZ WIRELESS 2 MNTR KIT (blood-glucose meter)	DME	
AGAMATRIX PRESTO SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET 33 GAUGE (lancets)	DME	
ALKALINE BATTERIES (diabetic supplies, miscell)	DME	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (lancets)	DME	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE PRISM MULTI METER (blood-glucose meter)	DME	
AUTO-LANCET MINI (lancing device)	DME	
AUTOLET IMPRESSION LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
AUTOLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
AUTOLET LITE (lancing device)	DME	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
BIGFOOT UNITY KIT (flash glucose sensor/blood glucose test strips/pen needles)	Nivel 3	
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
BIOTEL CARE BGM-4 METER (blood-glucose meter)	DME	
<i>blood glucose contrl hi,normal solution</i>	DME	
<i>blood glucose control, normal solution</i>	DME	
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
<i>blood-glucose meter</i>	DME	
<i>blood-glucose meter kit</i>	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (lancets with blood glucose test strips)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE KIT (blood-glucose meter)	DME	
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CAREONE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CAREONE ULTRA THIN LANCET (lancets)	DME	
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CARESENS N (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARESENS N FELIZ BT GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N PLUS BT KIT (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N VOICE (blood-glucose meter)	DME	
CARETOUCH CONTROL SOLN L2-L3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
CARETOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (diabetic supplies, miscell)	DME	
CHEMSTRIP BG LOG BOOK (diabetic supplies, miscell)	DME	
CHOICE DM CLARUS NORM CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CHOICEDM CLARUS (blood-glucose meter)	DME	
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CHOSEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CLEVER CHOICE MICRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE PRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	DME	
COLOR LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (lancets)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT EZ METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR NEXT LINK 2.4 KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT LINK KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT ONE METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR PLUS BLUE METER (blood-glucose meter)	DME	
DEXCOM G6 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXCOM G7 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DIATRUE CONTROL SOLN NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
DROPLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
DROPSAFE ACTI-LANCE 23 GAUGE (lancets)	DME	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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 TALK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST (blood-glucose meter)	DME	
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
EASY TRAK II CTRL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EASYGLUCO METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYGLUCO MONITORING SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASYMAX NG (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NG KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASYMAX T1 KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EMBRACE PRO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE PRO SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE G2 (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE G2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVERSENSE 365 SENSOR SUBCUTANEOUS DEVICE (glucose sensor, implantable, continuous/dexamethasone acetate)	Nivel 3	PA
EVERSENSE 365 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
EVOLUTION BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EZ SMART CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EZ SMART PLUS SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
EZ SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FINGERSTIX LANCETS (lancets)	DME	
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA G20 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA G30A (blood-glucose meter)	DME	
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORA HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
FORA LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
FORA LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
FORA PREMIUM V10 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TEST N'GO VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TN'G VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD20 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD40B GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
FORACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
FREESTYLE FLASH SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE FREEDOM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE INSULINX (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE LIBRE 3 READER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LITE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE PRECISION NEO METER (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE SIDEKICK II KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE SYSTEM KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE UNISTIK 2 (lancets)	DME	
GDRIVE KIT (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD 01 HI-NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
GLUCOCARD 01 METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD EXPRESSION 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GM100 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	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
HYPOLANCE AST LANCING KIT (lancing device/lancets)	DME	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
IHEALTH GLUCO PLUS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
INCONTROL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	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	
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	DME	
LANCETS, SUPER THIN (lancets)	DME	
LANCETS, THIN , 28 GAUGE (lancets)	DME	
LANCETS, ULTRA THIN (lancets)	DME	
<i>lancing device</i>	DME	
LANCING DEVICE WITH LANCETS (lancing device)	DME	
<i>lancing device with lancets kit</i>	DME	
LANCING SYSTEM (lancing device)	DME	
LANZO LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MEDISENSE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
METER-CHECK SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MICROLET LANCET (lancets)	DME	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
MINIMED QUICK-SERTER (MMT-395) (diabetic supplies, miscell)	DME	
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (lancing device/lancets)	DME	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
MYGLUCOHEALTH KIT (blood-glucose meter)	DME	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
NOVA SUREFLEX LANCETS (lancets)	DME	
NOVAMAX PLUS GLU-KET SOLUTION (blood glucose and ketone control, normal)	DME	
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
ON CALL EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL EXPRESS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ON CALL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH ULTRA2 METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH VERIO FLEX METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER (blood-glucose meter)	DME	
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
OVAL TAPE (diabetic supplies, miscell)	DME	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
PIP BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLN L1-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
PIP LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
PRECISION (blood-glucose meter)	DME	
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION XTRA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER BLU GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMIER 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	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY AUTOCODE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY AUTOCODE MONITOR SYST (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
PRODIGY CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
PRODIGY POCKET METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
QUINTET AC (blood-glucose meter)	DME	
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELIAMED LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELION ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION CONFIRM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION PRIME METER (blood-glucose meter)	DME	
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
SIMPLERA SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA
SIMPLERA SYNC SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA
SINGLE-LET (lancets)	DME	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
SMART SENSE MONITORING SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
SMARTDIABETES VANTAGE (lancing device)	DME	
SMARTEST CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
SMARTEST EJECT KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST LANCET (lancets)	DME	
SMARTEST PERSONA GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PERSONA STARTER KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMARTEST PRONTO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE-PEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER (blood-glucose meter)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
SURE-TOUCH LANCET (lancets)	DME	
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
TELCARE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze)	DME	
TEMPO WELCOME KIT KIT (blood glucose meter/insulin data transf accessory, bluetooth)	Nivel 3	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
THIN LANCETS 26 GAUGE (lancets)	DME	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (lancets)	DME	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
ULTILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ULTIMA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA TLC LANCETS (lancets)	DME	
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET GP LANCET (lancets)	DME	
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-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	
Periodontal Product - Anti-Infectives - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Nivel 3	
Steroidal Antibiotics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable)	Nivel 2	
ILET STARTER KIT CONTACT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
ILET STARTER KIT-INSET KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
MODD1 PATIENT WELCOME KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,subcut automated dosing,BT,G6/L2)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart,automated dosing,BT,G6/G7 with controller)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,subcut automated dosing,BT,G6/G7)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart,automated dosing,BT,G6/L2 with controller)	Nivel 2	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous infusion,BT and controller)	Nivel 2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,bluetooth)	Nivel 2	
TWIIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin pump syringe/insulin needles)	Nivel 3	
TWIIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
TWIIST STARTER KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
V-GO 20 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 20 unit,disposable)	Nivel 2	
V-GO 30 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
V-GO 40 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Aguja De Extracción De Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (needles, blood collection)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Almohadillas De Gasa Y Vendajes - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY IODOFORM PACKING STRIP TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/2 X 5 "-YARD, 1/4 X 5 "-YARD, 2 X 5 "-YARD (iodoform)	Nivel 3	
PETROLEUM GAUZE TOPICAL BANDAGE (petrolatum,white)	Nivel 3	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Nivel 3	
XEROFORM PETROLATUM DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 2 X 2 ", 4 X 3 "-YARD, 4 X 4 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 3	
XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 3	
XEROFORM TOPICAL BANDAGE 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Bomba Subcutánea De Insulina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ILET INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
MINIMED 630G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
MINIMED 770G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
MINIMED 780G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
Suministros Médicos Y Dme - Comb. De Azúcar En Sangre-Cetonas Suministros De Pruebas - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FORA GTEL MULTI-FUNCTN MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G ADV MOBILE MULTI MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
Suministros Médicos Y Dme - Combinaciones De Dispositivos De Presión Arterial - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
Suministros Médicos Y Dme - Dispositivos Ventiladores De Trompa De Eustaquio/Oído Medio - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
EAR POPPER INFLATION DEVICE NASAL DEVICE (middle ear inflation device)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Equipos De Extracción De Sangre Con Anestesia Local - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT KIT 21 GAUGE X 3/4" -2.5 %-2.5 % (blood collection set/lidocaine/prilocaine)	Nivel 3	
LIDO BDK KIT 21 GAUGE X 1"- 2.5 %-2.5 % (blood collection set/lidocaine/prilocaine)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Implantes Que Abultan El Tejido - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BARRIGEL IMPLANT GEL FOR IMPLANT IN SYRINGE 60 MG/3 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Nivel 3	PA
Suministros Médicos Y Dme - Medias De Compresión - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 3	
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG (compression stocking,knee high,long length,small circumferen)	Nivel 3	
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Medidores De Flujo Máximo - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AIRZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASTHMA CHECK METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	DME	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
IN-CHECK NASAL WITH MASK DEVICE (peak flow meter)	DME	
IN-CHECK ORAL FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
MICROLIFE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PERSONAL BEST LOW RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PIKO 1 DEVICE (peak flow meter)	DME	
POCKET PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Pruebas De Azúcar En Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX JAZZ TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CHOICEDM CLARUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE PRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY PLUS II TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY STEP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE G3 TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EZ SMART PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA G20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORACARE GD20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE INSULINX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GM100 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
INFINITY TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MYGLUCOHEALTH STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
OPTIUM EZ STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTIUM TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PHARMACIST CHOICE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION PCX TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION XTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMIER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PREMIUM V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRODIGY NO CODING STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
QUINTET AC STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REFUAH PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELION ULTIMA STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
REVEAL TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SMARTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TELCARE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TEST N'GO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUETEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUETRACK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTRATRAK STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
UNISTRIP1 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Pruebas De 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		
INSUFLOX INFUSION SET 25 X 18 MM (subcutaneous administration set)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Asistencia De Concepción - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CONCEPTION KIT (conception assistance supplies combination no.1)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Monitoreo De Glucosa Y Administración De Insulina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
ILET INFUSION KIT-INSET 32" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED SILHOUETTE 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SILHOUETTE 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SILHOUETTE 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SILHOUETTE 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SURE T 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SURE T 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SURE T 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MODD1 SUPPLY KIT COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT30 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM TRUSTL PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
VARISOFT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
VARISOFT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
VARISOFT INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Pruebas De Coagulación De Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
COAGUCHEK XS (prothrombin time/INR test meter)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Terapia De Respiración - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
A.I.R.S. NEBULIZER REPLACEMENT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MINI SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MV SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER2GO SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AERONEB GO (nebulizer accessories)	Nivel 3	
AEROTRACH PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROVENT PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AIRS ADULT AEROSOL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
AIRS PEDIATRIC DISPOSABLE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 1000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 3000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 3000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 4000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 4000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 5000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 5000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 6000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, ADULT SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EBASE CONTROLLER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE DELUXE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE ELEGANCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE ESSENCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE MINI DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 3	
INSPIRATION ELITE FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
MICROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
MICROSPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
nebulizer and compressor device	Nivel 3	
NOSE CLIP (nebulizer accessories)	Nivel 3	
OMBRA COMPRESSOR SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 3	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PARI TREK S PORTABLE PWR KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PEDIATRIC BEAR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 3	
PILLOW MASK CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 3	
POCKET CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
PRIMEAIRE SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 3	
PROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC SPRINT DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PROVENT NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 3	
PROVENT STARTER NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 3	
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PUREAIR MINI NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
QUAKE VIBRATORY PEP DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 3	
REUSABLE NEBULIZER KIT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
RUBBER MOUTHPIECE (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SAMI THE SEAL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
SAMI THE SEAL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SIDESTREAM MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SILICONE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 3	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 3	
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
WILLIS THE WHALE COMPRESSR NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Suministros Dentales Otros - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
Q-CARE RX Q2 KIT 0.12 % (dental suction device/chlorhexidine/dental swab 1/mouthwash)	Nivel 3	
Q-CARE RX Q4 KIT 0.12 % (dental suction device/chlorhexidine gl/dental swab comb no.1)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Tratamientos Para Cicatrices - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CELACYN TOPICAL GEL WITH PUMP (emollient combination no.60)	Nivel 3	
CELLPAD TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
CICASIL TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
CICATRACE PAD TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
DERM-SILK TOPICAL PAD 2.5 X 2 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
KELOTOP TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
NUVA III TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
NUVAGEL TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUVAZIL II TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
PROSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SCARCARE TOPICAL KIT 2 X 5.5 " (gel-matrix pad, silicone-dimethicone-dime-decameoct-oct-vit E)	Nivel 3	
SCARCIN PAD PLUS TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SCARCINPAD TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SCARHEAL TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 3	
SCARSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SILADERM TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
SILADONE TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 3	
SIL-K TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SILTREX TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SZOSIL TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
SZOSIL TOPICAL STRIP 1.4 X 6 " (silicone adhesive)	Nivel 3	
ZILACAINE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/silicone, adhesive)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Vendas De Gasa - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36" (gauze bandage)	Nivel 3	
Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics		
Adyuvante Farmacéutico - Agentes Anticorrosivos		
<i>butylated hydroxytoluene powder</i>	Nivel 3	
Adyuvante Farmacéutico - Agentes De Suspensión		
<i>hydroxypropyl cellulose powder</i>	Nivel 3	
<i>hypromellose powder</i>	Nivel 3	
METHOCEL E 4 M POWDER (hypromellose)	Nivel 3	
Adyuvante Farmacéutico - Agentes Saborizantes		
<i>ethyl acetate liquid</i>	Nivel 3	
SWEET OIL OIL (olive oil)	Nivel 3	
Adyuvante Farmacéutico - Base De Pastilla Troche/Suave		
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2 POWDER (troche base no.247)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Adyuvante Farmacéutico - Capsulas De Hipromelosa (Vacías)		
CAPSULE #3 (HYPROMELLOSE) ORAL CAPSULE (hypromellose capsules (empty))	Nivel 3	
Adyuvante Farmacéutico - Excipientes De Capsulas		
CAPSUBLEND-H POWDER (cellulose/silica gel/mannitol/magnesium stearate)	Nivel 3	
Adyuvante Farmacéutico - Tabletas		
<i>cellulose (bulk) powder</i>	Nivel 3	
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos De Inhalación		
HYPER-SAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3.5 %, 7 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 3	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 1	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 6 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 3	
PULMOSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 7 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 3	
<i>sodium chloride inhalation solution for nebulization 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %</i>	Nivel 1	
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos Orales		
<i>sorbitol solution 70 %</i>	Nivel 3	
UNISPEND ANHYDROUS SWEET ORAL SUSPENSION (compound vehicle suspension sugar-free no.24)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Antipruritics		
<i>polysorbate 80 solution</i>	Nivel 3	
Dermatological - Antiseborrheic Products And Combinations		
PCCA SUSPENDIT ANHYDROUS LIQUID (liquid base no.261)	Nivel 3	
Dermatological - Nsaid Combinations		
GELMIX ORAL POWDER (maltodextrin/carob)	Nivel 3	
GELMIX ORAL POWDER IN PACKET (maltodextrin/carob)	Nivel 3	
SIMPLYTHICK ORAL GEL IN PACKET 4 GRAM (xanthan gum)	Nivel 3	
THICK AND EASY ORAL POWDER IN PACKET (starch)	Nivel 3	
Dermatological Antipruritics - Antihistamines		
<i>methylene blue (bulk-solid) powder</i>	Nivel 3	
Miotics - Direct Acting		
<i>olive oil oil</i>	Nivel 3	
SWEET OIL OIL (olive oil)	Nivel 3	
Ophthalmic - Miotics		
<i>isopropyl alcohol solution 70 %, 91 %, 99 %</i>	Nivel 3	
MURI-LUBE OIL (mineral oil, light sterile)	Nivel 3	
<i>sesame oil oil</i>	Nivel 3	
<i>sodium succinate powder</i>	Nivel 3	
Químicos - Agentes Criopreservativos		
CRYOSERV SOLUTION 99 % (dimethyl sulfoxide)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Químicos Al Granel		
<i>alum, ammonium (bulk) powder</i>	Nivel 3	
<i>ascorbic acid(vitamin c)(bulk) granules 100 %</i>	Nivel 3	
<i>benzoin (bulk) topical tincture</i>	Nivel 3	
<i>glutathione (bulk) powder 100 %</i>	Nivel 3	
<i>guaiacol liquid</i>	Nivel 3	
<i>hydrogen peroxide (bulk) solution 30 %</i>	Nivel 3	
<i>hydroxyethyl methacrylate,bulk liquid 96 %</i>	Nivel 3	
<i>sodium bicarb-sodium chloride powder</i>	Nivel 3	
SWEET OIL OIL (olive oil)	Nivel 3	
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2 POWDER (troche base no.247)	Nivel 3	
<i>vitamin e acetate (bulk) liquid 125 unit/ml</i>	Nivel 3	
Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear		
Ótico (Oído) - Antiinfecciosos Otros - Antibiotics		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	Nivel 1	
Ótico (Oído) - Combinaciones Para El Pabellón Auricular - Antibiotics		
CORTANE-B TOPICAL LOTION 1-1-0.1 % (hydrocortisone/pramoxine HCl/chloroxylenol)	Nivel 3	
Ótico (Oído) - Fluoroquinolonas - Antibiotics		
CETRAXAL OTIC (EAR) DROPPERETTE 0.2 % (ciprofloxacin HCl)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear) dropperette 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
Pediatric Vitamins And Mineral Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
DERMOTIC OIL OTIC (EAR) DROPS 0.01 % (fluocinolone acetonide oil)	Nivel 3	
fluocinolone acetonide oil (Flac Otic Oil Otic (Ear) Drops 0.01 %)	Nivel 3	
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	Nivel 1	
Pediatric Vitamins With Fluoride And Minerals Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
CIPRO HC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.2-1 % (ciprofloxacin HCl/hydrocortisone)	Nivel 3	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>ciprofloxacin-fluocinolone otic (ear) solution 0.3-0.025 % (0.25 ml)</i>	Nivel 1	
CORTISPORIN-TC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 3.3-3-10-0.5 MG/ML (neomycin sulf/colistin sul/hydrocortisone ac/thonzonium brom)	Nivel 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OTOVEL OTIC (EAR) SOLUTION 0.3-0.025 % (0.25 ML) (ciprofloxacin HCl/fluocinolone acetonide)	Nivel 3	
Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein IIb/IIIa Receptor Inhib - Antiseptics And Disinfectants		
Antiséptico - Agentes Oxidantes - Antiseptics And Disinfectants		
hydrogen peroxide (bulk) solution 30 %	Nivel 3	
Antiséptico - Derivados Del Fenol - Antiseptics And Disinfectants		
phenol liquid	Nivel 3	
Antiséptico - Otros - Antiseptics And Disinfectants		
glutaraldehyde solution 25 %	Nivel 3	
Platelet Aggregation Inhibitors - Monoclonal Agents - Antiseptics And Disinfectants		
ATRAPRO DERMAL SPRAY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003-0.004 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
DELUXO TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.018 %-0.004 % -0.06 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
HYCLODEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluo/e.water)	Nivel 3	
HYPOCYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
MICROCYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003 %-0.004 % -0.023 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
RENOVAR IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
RENOVAR TOPICAL SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
Platelet Aggregation Inhibitors - Phosphodiesterase Iii Inhibitors - Antiseptics And Disinfectants		
IODOFLEX TOPICAL PADS, MEDICATED 0.9 % (cadexomer iodine)	Nivel 3	
IODOSORB TOPICAL GEL 0.9 % (cadexomer iodine)	Nivel 3	
LUGOLS TOPICAL SOLUTION 5-10 % (iodine/potassium iodide)	Nivel 1	
STRONG IODINE TOPICAL SOLUTION 5-10 % (iodine/potassium iodide)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Productos Vaginales - Drugs For Women		
Antibacteriales Vaginales - Lincosamidas - Drugs For Infections		
CLEOCIN VAGINAL CREAM 2 % (clindamycin phosphate)	Nivel 3	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (clindamycin phosphate)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Clindamycin, vaginal Clindamycin cream, oral Metronidazole, vaginal Metronidazole gel, or Tinidazole within the past 365 days; QL (3 EA per 30 days)
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Nivel 1	
CLINDESSE VAGINAL CREAM, EXTENDED RELEASE 2 % (clindamycin phosphate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Clindamycin vaginal cream within the past 120 days
XACIATO VAGINAL GEL 2 % (clindamycin phosphate)	Nivel 3	
Antidiarrheal - Antiperistaltic Agents - Drugs For Women		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (progesterone, micronized)	Nivel 2	
Antidiarrheal - Gi Adsorbents - Drugs For Women		
AZO BORIC ACID VAGINAL SUPPOSITORY 600 MG (boric acid)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONISTAT MAINTAIN VAGINAL SUPPOSITORY 600 MG (boric acid)	Nivel 3	
Antidiarrheals - Drugs For Women		
estradiol (Estrace Vaginal Cream 0.01 % (0.1 Mg/Gram))	Nivel 3	
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	Nivel 1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Nivel 1	
ESTRING VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) (estradiol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions Premarin cream and one of the following: Estradiol cream or vaginal tablet within the past 365 days; QL (1 EA per 90 days)
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol acetate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions Premarin cream and one of the following: Estradiol cream or vaginal tablet within the past 365 days; QL (1 EA per 84 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM (estrogens, conjugated)	Nivel 2	
VAGIFEM VAGINAL TABLET 10 MCG (estradiol)	Nivel 3	
estradiol (Yuvaferm Vaginal Tablet 10 Mcg)	Nivel 1	
Antifúngicos Vaginales - Imidazoles - Drugs For Infections		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 % (butoconazole nitrate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICONAZOLE-3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG (miconazole nitrate)	Nivel 1	
Antifúngicos Vaginales - Triazoles - Drugs For Infections		
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	Nivel 1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	Nivel 1	
Antiprotozoarios-Antibacteriales Vaginales - Derivados De Nitroimidazol - Drugs For Infections		
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	Nivel 1	
NUVESSA VAGINAL GEL 1.3 % (65 MG/5 GRAM) (metronidazole)	Nivel 3	
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 % (37.5MG/5 GRAM) (metronidazole)	Nivel 3	
Lubricantes Y Humectantes Vaginales - Drugs For Women		
REPLENS EXTERNAL COMFORT VAGINAL GEL (glycerin/mineral oil/polycarbophil)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Insulin Needles- Syringes And Admin Supplies - Drugs For Women		
PROVATE PELVIC ORGAN SUPPORT VAGINAL 61 MM, 67 MM, 73 MM, 79 MM, 85 MM, 91 MM (pessary)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Mezclas Antisépticas Vaginales - Drugs For Infections		
FEM PH VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (acetic acid/oxyquinoline sulfate)	Nivel 3	
RELAGARD VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (acetic acid/oxyquinoline sulfate)	Nivel 3	
TRIMO-SAN JELLY VAGINAL GEL 0.025-0.01 % (oxyquinoline sulfate/sodium lauryl sulfate)	Nivel 3	
Sistema Locomotor		
Duchenne Muscular Dystrophy - Histone Deacetylase (Hdac) Inhibitor		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION 8.86 MG/ML (givinostat hydrochloride)	Nivel 4	PA
Fibrodysplasia Ossificans Progressiva-Retinoic Acid Receptor Agonists		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 1.5 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (palovarotene)	Nivel 4	PA
Friedreich Ataxia-Nuclear Factor Erythroid-Rel.Factor2(Nrf2) Activator		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG (omaveloxolone)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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		
MESTINON ORAL SYRUP 60 MG/5 ML (pyridostigmine bromide)	Nivel 3	
MESTINON ORAL TABLET 60 MG (pyridostigmine bromide)	Nivel 3	
MESTINON TIMESPAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 180 MG (pyridostigmine bromide)	Nivel 3	
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Als - Antioxidantes/Antiinflamatorios - Drugs For Nerves And Muscles		
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Nivel 4	
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Nivel 4	
Agentes Antimiasténicos Otros - Drugs For Nerves And Muscles		
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG (amifampridine phosphate)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 16.6 MG/0.416 ML, 23 MG/0.574 ML, 32.4 MG/0.81 ML (zilucoplan sodium)	Nivel 4	PA
Agentes Para Tratar Parálisis Periódica - Inhibidores De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 4	PA
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG (dichlorphenamide)	Nivel 4	PA
dichlorphenamide (Ormalvi Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 4	PA
Antimyasthenic Agent - Neonatal Fc Receptor (FcRn) Inhibitor - Drugs For Nerves And Muscles		
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SYRINGE 1,000 MG-10,000 UNIT/5 ML (efgartigimod alfa-hyaluronidase-qvfc)	Nivel 4	
Relajante Musculo Esquelético - Combinaciones De Analgésico Opioide - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Relajante Musculo Esquelético - Combinaciones De Analgésico Salicilato - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>carisoprodol-aspirin oral tablet 200-325 mg</i>	Nivel 1	
orphenadrine citrate/aspirin/cafeine (Norgesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>orphenadrine-asa-caffeine oral tablet 25-385-30 mg</i>	Nivel 3	QL (8 EA per 1 day)
<i>orphenadrine citrate/aspirin/caffeine (Orphengesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)</i>	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
Relajante Musculo Esquelético Y Comb. De Irritante Tópico Y Antiirritante - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>CYCLOPAK KIT 5 MG-2.5 %- 2.5 % (cyclobenzaprine/lidocaine/prilocaine/glycerin)</i>	Nivel 3	
Relajante Musculo Esquelético, Salicilato, Y Comb. De Analgésico Opiode - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Sedative-Hypnotic - Antihistamine Combinations - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>DANTRIUM ORAL CAPSULE 25 MG (dantrolene sodium)</i>	Nivel 3	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Sedative-Hypnotic - Antihistamines - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>baclofen oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml), 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>baclofen oral suspension 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	PA
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>baclofen oral tablet 15 mg</i>	Nivel 3	
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carisoprodol oral tablet 250 mg, 350 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg, 375 mg, 750 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Chlorzoxazone 500mg within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclobenzaprine oral capsule, extended release 24hr 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
CYCLOTENS REFILL COMBO PACK 10 MG (cyclobenzaprine HCl/TENS unit electrodes)	Nivel 3	
CYCLOTENS STARTER COMBO PACK 10 MG (cyclobenzaprine HCl/TENS unit/TENS unit electrodes)	Nivel 3	
cyclobenzaprine HCl (Fexmid Oral Tablet 7.5 Mg)	Nivel 3	
FLEQSUVY ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (5 MG/ML) (baclofen)	Nivel 3	PA
LYVISPAH ORAL GRANULES IN PACKET 10 MG, 20 MG, 5 MG (baclofen)	Nivel 3	PA
<i>metaxalone oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>metaxalone oral tablet 640 mg</i>	Nivel 3	
<i>methocarbamol oral tablet 1,000 mg</i>	Nivel 3	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>orphenadrine citrate oral tablet extended release 100 mg</i>	Nivel 1	
OZOBAX ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML (baclofen)	Nivel 3	PA
SOMA ORAL TABLET 250 MG, 350 MG (carisoprodol)	Nivel 3	
methocarbamol (Tanlor Oral Tablet 1,000 Mg)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tizanidine oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
carisoprodol (Vanadom Oral Tablet 350 Mg)	Nivel 3	
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 2 MG, 4 MG, 6 MG (tizanidine HCl)	Nivel 3	
ZANAFLEX ORAL TABLET 4 MG (tizanidine HCl)	Nivel 3	
Sedative-Hypnotic - Benzodiazepines - Drugs For Nerves And Muscles		
RILUTEK ORAL TABLET 50 MG (riluzole)	Nivel 3	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Nivel 4	PA
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Nivel 4	PA
Sedative-Hypnotic Combinations - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 60 MG/3 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Nivel 3	PA; QL (3 ML per 180 days)
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML(MW 2.4 -3.6 MILLION) (hyaluronate sodium)	Nivel 2	PA; QL (6 ML per 180 days)
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/3 ML (hyaluronate sod, cross-linked)	Nivel 3	PA; QL (3 ML per 180 days)
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16.8 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; QL (6 ML per 180 days)
GENVISC 850 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; QL (12.5 ML per 180 days)
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; QL (10 ML per 180 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; QL (10 ML per 180 days)
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SYRINGE 24 MG/3 ML (hyaluronate sodium, modified, non-crosslinked)	Nivel 3	PA; QL (6 ML per 180 days)
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 88 MG/4 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Nivel 3	PA; QL (4 ML per 180 days)
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; QL (8 ML per 180 days)
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; QL (12.5 ML per 180 days)
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; QL (6 ML per 180 days)
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16 MG/2 ML (hylan G-F 20)	Nivel 2	PA; QL (6 ML per 180 days)
SYNVISC-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 48 MG/6 ML (hylan G-F 20)	Nivel 2	PA; QL (6 ML per 180 days)
TRILURON INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; QL (6 ML per 180 days)
TRIVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; QL (7.5 ML per 180 days)
VISCO-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; QL (7.5 ML per 180 days)
Spinal Muscular Atrophy - Motor Neuron 2 (Smn2) Splicing Modifier - Drugs For Nerves And Muscles		
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML (risdiplam)	Nivel 4	
EVRYSDI ORAL TABLET 5 MG (risdiplam)	Nivel 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb		
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE (lancets)	DME	
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
A.I.R.S. NEBULIZER REPLACEMENT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	DME	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVANCE PLUS INTERMITTENT 10 FR, 10-16 FR-", 12 FR, 12-16 FR-", 14-16 FR-", 16-16 FR-", 18-16 FR-", 6-16 FR-", 8-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT COMBO PACK 6 FR, 8 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Nivel 3	
ADVANCED ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ADVANCED GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADVINOVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days)
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ADVOCATE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ADVOCATE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVOCATE REDI-CODE PLUS (blood-glucose meter)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MINI SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MV SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER2GO SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROECLIPSE II NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
AEROECLIPSE XL NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
AERONEB GO (nebulizer accessories)	Nivel 3	
AERONEB GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
AEROTRACH PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROVENT PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX CONTROL SOLN-HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORM-HI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
AGAMATRIX JAZZ TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX JAZZ WIRELESS 2 MNTR KIT (blood-glucose meter)	DME	
AGAMATRIX PRESTO SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET 33 GAUGE (lancets)	DME	
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
AIRS ADULT AEROSOL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
AIRS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
AIRS PEDIATRIC DISPOSABLE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
AIRZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ALKALINE BATTERIES (diabetic supplies, miscell)	DME	
ALL FLOW 1000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 3000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 3000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 4000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 4000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 5000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 5000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 6000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 7 X 7 " (foam bandage)	Nivel 3	
ALLEVYN LIFE DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (foam bandage)	Nivel 3	
ALTERA NEBULIZER HANDSET (nebulizer)	Nivel 3	
ALTERA NEBULIZER SYSTEM (nebulizer)	Nivel 3	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (lancets)	DME	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
AMIELLE VAGINAL TRAINER KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
APOGEE IC INTERMIT CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 3	
APOGEE PLUS INTERMITT CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
AQINJECT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
AQUA LANCE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE PRISM MULTI METER (blood-glucose meter)	DME	
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASTHMA CHECK METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	DME	
AURA PORTANEB (nebulizer)	Nivel 3	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTO-LANCET MINI (lancing device)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUTOLET IMPRESSION LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
AUTOLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
AUTOLET LITE (lancing device)	DME	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe, safety with needle, 3 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Nivel 3	
BD INSYTE AUTOGUARD INFUSION SET 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter)	Nivel 3	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe, safety with needle, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2", 10 ML 20 X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 21 X 1 1/2" (syringe with needle, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 26 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle, disposable, 5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (syringe with needle and cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY KIT (flash glucose sensor/blood glucose test strips/pen needles)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA DEVICE (data transfer pen cap for insulin glulisine, reusable, BT)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR DEVICE (data transf pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart (B3), reusable, BT)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS DEVICE (data transf pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro-aabc, reusable, BT)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable, bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA DEVICE (data transfer pen cap for insulin degludec, reusable, BT)	Nivel 3	
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BIOSTEP TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIOTEL CARE BGM-4 METER (blood-glucose meter)	DME	
<i>blood glucose contrl hi,normal solution</i>	DME	
<i>blood glucose control, normal solution</i>	DME	
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
<i>blood-glucose meter</i>	DME	
<i>blood-glucose meter kit</i>	DME	
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (lancets with blood glucose test strips)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE KIT (blood-glucose meter)	DME	
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 "</i>	Nivel 3	
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, ADULT SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, CHILD SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, INFANT SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, S.CHLD SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 3	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CAREFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CAREONE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CAREONE ULTRA THIN LANCET (lancets)	DME	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT PRECISION LUER LOCK SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Nivel 3	
CAREPOINT PRECISION SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CARESENS N (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ BT GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N PLUS BT KIT (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CARESENS N VOICE (blood-glucose meter)	DME	
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle InsulinX, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (diaphragms, contoured)	Nivel 0	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 3	
CELLPAD TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable)	Nivel 2	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (diabetic supplies, miscell)	DME	
CHEMSTRIP BG LOG BOOK (diabetic supplies, miscell)	DME	
CHOICE DM CLARUS NORM CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CHOICEDM CLARUS (blood-glucose meter)	DME	
CHOICEDM CLARUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CHOSEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
CICASIL TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
CICATRACE PAD TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST KIT (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CLEVER CHOICE MICRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
CLEVER CHOICE PRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE PRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
CLICKFINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	DME	
COAGUCHEK XS (prothrombin time/INR test meter)	Nivel 3	
COLOR LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT EZ PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
CONCEPTION KIT (conception assistance supplies combination no.1)	Nivel 3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CONTOUR METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT EZ METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR NEXT LINK 2.4 KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT LINK KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT ONE METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CONTOUR PLUS BLUE METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX TYFAST FLU-COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>covid19 test adm.by pharmacist</i>	Nivel 3	
CURAFIL GEL WOUND TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL SPONGE 0.2 %- 2" X 2" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL STRIP 0.2 %- 1/2" X 3 FEET (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36" (gauze bandage)	Nivel 3	
CURITY DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 3	
CURITY IODOFORM PACKING STRIP TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/2 X 5 "-YARD, 1/4 X 5 "-YARD, 2 X 5 "-YARD (iodoform)	Nivel 3	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DERM-SILK TOPICAL PAD 2.5 X 2" (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
DEXCOM G6 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIAPERS, UNISEX SIZE 4 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 5 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 6 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
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	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig, 60 mL)	Nivel 1	
DOVER COATED LATEX FOLEY COMBO PACK (urinary bag/catheterization tray)	Nivel 3	
DOVER LATEX FOLEY CATHETER 16 FR, 28 FR (catheter)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DOVER RED RUBBER ROBINSON CATH 8 FR (catheter)	Nivel 3	
DOVER UNIVERSAL TRAY (catheterization tray)	Nivel 3	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
DROPLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPLET MICRON PEN NEEDLE NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPLET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPSAFE ACTI-LANCE 23 GAUGE (lancets)	DME	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Nivel 3	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (condoms, non-latex, lubricated)	Nivel 0	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EAR POPPER INFLATION DEVICE NASAL DEVICE (middle ear inflation device)	Nivel 3	
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 X5/16 ", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EASY COMFORT PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/32", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY PLUS II TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY STEP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST (blood-glucose meter)	DME	
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN SYRINGE 1 ML (syringe without needle, insulin disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
EASY TRAK II CTRL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EASYGLUCO METER KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYGLUCO MONITORING SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX NG (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NG KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX T1 KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
EASYPPOINT NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 3	
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EBASE CONTROLLER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Nivel 3	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EMBRACE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EMBRACE PRO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE PRO SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ENFIT IRRIGAT SYRINGE-CONTAINR KIT (feeder irrigation kit)	Nivel 3	
ENFIT MEDICAL STRAW (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
ENFIT MEDICINE BOTTLE ADAPTER (adapter cap for bottle)	Nivel 3	
<i>enteral connector, enfit</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT (feeder container with gravity set, ENFit)	Nivel 3	
<i>eua patient assessment</i>	Nivel 3	
EVENCARE G2 (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE G2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle InsulinX, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE G3 TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle InsulinX, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVERSENSE 365 SENSOR SUBCUTANEOUS DEVICE (glucose sensor,implantable,continuous/dexamethasone acetate)	Nivel 3	PA
EVERSENSE 365 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
EVOLUTION BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EZ SMART CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EZ SMART PLUS SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
EZ SMART PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EZ SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulin, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FANTASY CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	Nivel 0	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Nivel 3	
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	Nivel 0	
FINGERSTIX LANCETS (lancets)	DME	
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
FLEXI-SEAL SIGNAL FMS RECTAL (fecal collector with charcoal filter/catheter/syringe)	Nivel 3	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLOWFLEX PLUS COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA G20 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA G20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA G30A (blood-glucose meter)	DME	
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA TEST N'GO VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA TN'G ADV MOBILE MULTI MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD20 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORACARE GD20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE 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	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 READER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LITE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE PRECISION NEO METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
FREESTYLE SIDEKICK II KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE SYSTEM KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE UNISTIK 2 (lancets)	DME	
GDRIVE KIT (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD 01 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	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD EXPRESSION (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD SHINE XL METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD VITAL KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
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	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
GOJJI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
HYPOLANCE AST LANCING KIT (lancing device/lancets)	DME	
ID NOW COVID-19 TEST KIT KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 3	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
IHEALTH GLUCO PLUS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
ILET INFUSION KIT-INSET 32" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ILET INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
ILET STARTER KIT CONTACT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
ILET STARTER KIT-INSET KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
IN-CHECK NASAL WITH MASK DEVICE (peak flow meter)	DME	
IN-CHECK ORAL FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
INCONTROL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
INCONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 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)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
INFINITY METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
INFINITY STARTER 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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INFINITY TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
INNOSPIRE DELUXE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE ELEGANCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE ESSENCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
INNOSPIRE MINI DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INSPIRACHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
INSPIRATION ELITE FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
INSUFロン INFUSION SET 25 X 18 MM (subcutaneous administration set)	Nivel 3	
INSUL-CAP (diabetic supplies,miscell)	DME	
INSUL-EZE (diabetic supplies,miscell)	DME	
<i>insulin syringe 100 half mark syringe 0.3 ml 31 gauge x 1/4"</i>	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 0.3 ml 29 gauge x 1/2", 0.3 ml 30, 0.3 ml 30 gauge x 1/2", 0.3 ml 30 gauge x 5/16", 0.3 ml 31 gauge x 1/4", 0.3 ml 31 gauge x 15/64", 0.3 ml 31 gauge x 5/16", 0.5 ml 29 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 5/16", 0.5 ml 31 gauge x 5/16", 1 ml 27 gauge x 1/2", 1 ml 27 gauge x 5/8", 1 ml 28 gauge, 1 ml 28 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 7/16", 1 ml 30 gauge x 1/2", 1 ml 30 gauge x 3/8", 1 ml 30 gauge x 5/16, 1 ml 30 gauge x 7/16", 1 ml 31 gauge x 1/4", 1 ml 31 gauge x 15/64", 1 ml 31 gauge x 5/16, 1/2 ml 27 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge, 1/2 ml 28 gauge x 1/2", 1/2 ml 29, 1/2 ml 30 gauge, 1/2 ml 31 gauge x 1/4", 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>insulin u-500 syringe-needle syringe 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
INSUPEN PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
INSYTE IV CATHETER INFUSION SET 14 X 1.75 ", 20 X 1.16 " (intravenous catheter)	Nivel 3	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INTERLINK LEVER LOCK CANNULA (syringe accessory)	Nivel 3	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
I-PORT (injection ports)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 3	
I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 3	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 3	
IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 3	
KANGAROO 924 SAFETY SCREW (pump set)	Nivel 3	
KANGAROO EPUMP SET (feeder container with pump set)	Nivel 3	
KANGAROO GRAVITY SET (feeder container with gravity set)	Nivel 3	
KELOTOP TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
KENDALL DISINFECTANT CAP (alcohol swab cap)	Nivel 3	
KENGUARD FOLEY CATHETER 18-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
KENGUARD FOLEY CATHETER TRAY (catheterization tray)	Nivel 3	
KERAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
KERAGELT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
KERLIX AMD TOPICAL BANDAGE 0.2 %- 4.5" X 4.1 YARD (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
KETONE CARE STRIP (urine acetone test strips)	DME	
KETONE URINE TEST STRIP (urine acetone test strips)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KETOSTIX STRIP (urine acetone test strips)	DME	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Nivel 0	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	DME	
LANCETS, SUPER THIN (lancets)	DME	
LANCETS, THIN , 28 GAUGE (lancets)	DME	
LANCETS, ULTRA THIN (lancets)	DME	
<i>lancing device</i>	DME	
LANCING DEVICE WITH LANCETS (lancing device)	DME	
<i>lancing device with lancets kit</i>	DME	
LANCING SYSTEM (lancing device)	DME	
LANZO LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
LC PLUS (nebulizer)	Nivel 3	
LC PLUS NEBULIZER-PED MASK (nebulizer)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
LOFRIC 12-16 FR-", 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
LOFRIC ORIGO 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
LOFRIC PRIMO NELATON CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
LOFRIC SENSE NELATON CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 3	
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER 10-16 FR-", 12-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MC 300 NEBULIZER W-MOUTHPIECE (nebulizer)	Nivel 3	
MC 300 NEBULIZER-UNVRSL TUBING (nebulizer)	Nivel 3	
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 3/4 X 12 ", 4 X 5 " (calcium alginate/honey)	Nivel 3	
MEDISENSE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
METER-CHECK SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
MICROAIR MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
MICROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MICROLET LANCET (lancets)	DME	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MICROLIFE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
MICROSPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
MINI PLUS NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
MINIMED 630G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
MINIMED 770G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED 780G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
MINIMED MIO ADVANCE INF SET23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK-SERTER (MMT-395) (diabetic supplies, miscell)	DME	
MINIMED SILHOUETTE 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SILHOUETTE 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SILHOUETTE 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SILHOUETTE 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SURE T 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SURE T 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED SURE T 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
MODD1 PATIENT WELCOME KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
MODD1 SUPPLY KIT COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
MONO-FLO DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 3	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (needles, blood collection)	Nivel 3	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (needles, disposable)	Nivel 3	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML , 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT LUER ADAPTER INTRAVENOUS ADMIX ACCESSORY (intravenous equipment)	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (syringe,safety with needle,12 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (lancing device/lancets)	DME	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
MYGLUCOHEALTH KIT (blood-glucose meter)	DME	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
MYGLUCOHEALTH STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
nebulizer and compressor device	Nivel 3	
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
NEXIVA INFUSION SET 18 X 1 1/4 ", 18 X 1 3/4 ", 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/4 ", 20 X 1 3/4 ", 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4", 24 X 0.56 " (intravenous catheter)	Nivel 3	
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL (diaper,brief,youth,disposable)	Nivel 3	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
NOSE CLIP (nebulizer accessories)	Nivel 3	
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
NOVA SUREFLEX LANCETS (lancets)	DME	
NOVAMAX PLUS GLU-KET SOLUTION (blood glucose and ketone control, normal)	DME	
NOVOFINE 32 NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOFINE PLUS NEEDLE 32 GAUGE X 1/6" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
NUVA III TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
NUVAGEL TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
NUVAZIL II TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
OASIS ULTRA FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 3	
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OASIS WOUND MATRIX MESHED TOPICAL SHEET 5 X 7 CM, 7 X 10 CM, 7 X 20 CM (porcine acell submucosa,meshed)	Nivel 3	
OMBRA COMPRESSOR SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,subcut automated dosing,BT,G6/L2)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart,automated dosing,BT,G6/G7 with controller)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,subcut automated dosing,BT,G6/G7)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart,automated dosing,BT,G6/L2 with controller)	Nivel 2	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous infusion,BT and controller)	Nivel 2	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (insulin pump controller)	Nivel 2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,bluetooth)	Nivel 2	
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
ON CALL EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ON CALL EXPRESS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ON CALL LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ON CALL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH ULTRA2 METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH VERIO FLEX METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
OPTIUM EZ STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
OPTIUM TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
OVAL TAPE (diabetic supplies,miscell)	DME	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML (insulin pump syringe, 1.8 mL)	Nivel 1	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET (nebulizer)	Nivel 3	
PARI LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Nivel 3	
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PARI TREK S PORTABLE PWR KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PCCA ACCUPEN-15 DEVICE (topical cream metered-dose device)	Nivel 3	
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PEDIATRIC BEAR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2", 30 gauge x 3/16", 30 gauge x 5/16", 31 gauge x 1/4", 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/16", 31 gauge x 5/32", 32 gauge x 1/4", 32 gauge x 3/16", 32 gauge x 5/16", 32 gauge x 5/32", 33 gauge x 1/4", 33 gauge x 3/16", 33 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 15/32", 31 gauge x 1/3", 31 gauge x 1/6", 31 gauge x 13/64", 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic, safety needle 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PENTIPS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PERSONAL BEST LOW RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PETROLEUM GAUZE TOPICAL BANDAGE (petrolatum,white)	Nivel 3	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 3	
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
PHARMACIST CHOICE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE DEVICE (assembly system, vial to transfer device, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (connector luer lock, closed system)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHASEAL INFUSION ADAPTER (infusion adapter, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL INFUSION CLAMP (clamp, IV tubing)	Nivel 3	
PHASEAL INJECTOR LUER (needle injector, luer, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (needle injector, luer lock, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL SECONDARY SET INFUSION SET (intravenous piggyback administration set)	Nivel 3	
PHASEAL Y-SITE (y-site line connector, closed system)	Nivel 3	
PIKO 1 DEVICE (peak flow meter)	DME	
PILLOW MASK CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PIP BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle InsulinX, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PIP GLUCOSE CONTROL SOLN L1-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PIP LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
PIP PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT (COVID-19 test specimen collection)	Nivel 3	
PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
POCKET CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
POCKET PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
PRECISION (blood-glucose meter)	DME	
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION PCX TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
PRECISION XTRA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PRECISION XTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PREMIER BLU GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMIER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PREMIER VOICE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM V10 (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
PRIMEAIRE SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT TENS ELECTRODE PAD (tens unit electrodes)	Nivel 3	
PRO COMFORT TENS UNIT COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 3	
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 3	
PRO-CEPTION VAGINAL (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
PROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
PRODIGY AUTOCODE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY AUTOCODE MONITOR SYST (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRODIGY NO CODING STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRODIGY POCKET METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC SPRINT DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PROSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
PROVATE PELVIC ORGAN SUPPORT VAGINAL 61 MM, 67 MM, 73 MM, 79 MM, 85 MM, 91 MM (pessary)	Nivel 3	
PROVENT NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 3	
PROVENT STARTER NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
PUREAIR MINI NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
QUAKE VIBRATORY PEP DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 3	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
QUICKVUE SARS ANTIGEN KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
QUINTET AC (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUINTET AC STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
RAPIDGO FLU AND COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Nivel 3	
RECONSTITUTE KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
REFUAH PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELIAMED LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELION ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION CONFIRM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION PRIME METER (blood-glucose meter)	DME	
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION ULTIMA STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELIZORB CARTRIDGE (enteral pump accessory for fat hydrolysis)	Nivel 3	
REPLICARE DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 1/2 X 2 1/2 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 3	
REPLICARE THIN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 3/4 ", 3 1/2 X 5 1/2 ", 6 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 3	
REPLICARE ULTRA DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 7 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RESTORE TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Nivel 3	
REUSABLE NEBULIZER KIT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
REVEAL TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER 16 FR (catheter)	Nivel 3	
RUBBER MOUTHPIECE (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe w-needle 0.3 mL,insulin,safety w-self-cont.dis.unit)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle,safety,disposal unit,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle 1 mL,insulin,safety w-self-con.disp.unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,needle,safety 1 mL,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" (syringe,safety needle 10 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe 3 mL with safety needle,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 5 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 3	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
SAMI THE SEAL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
SAMI THE SEAL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SCARCIN PAD PLUS TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SCARCINPAD TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SCARHEAL TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 3	
SCARSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SELF-CATHETER, FEMALE 14 FR (catheter)	Nivel 3	
SIDESTREAM (nebulizer)	Nivel 3	
SIDESTREAM MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SIDESTREAM NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
SIDESTREAM PLUS (nebulizer)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SILADERM TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
SILADONE TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 3	
SILASTIC FOLEY CATHETER 20 FR (catheter)	Nivel 3	
SILICONE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
SIL-K TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SILTREX TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SIMPLERA SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA
SIMPLERA SYNC SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA
SIMPLI PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SINGLE-LET (lancets)	DME	
SINUSTAR NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
SKY SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
SMART SENSE MONITORING SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SMARTDIABETES VANTAGE (lancing device)	DME	
SMARTEST CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
SMARTEST EJECT KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST LANCET (lancets)	DME	
SMARTEST PERSONA GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PERSONA STARTER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PRONTO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PRONTO STARTER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PROTEGE KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST SMART CODE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST TALKING METER KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMARTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
SOOTHENEB MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
SPECTRAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
SPEEDICATH (FEMALE) 16 FR (catheter)	Nivel 3	
SPEEDYSWAB COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
STERILE DROPTAINERS (eye drop dispenser)	Nivel 3	
STRATACTX TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STRATAGRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
STRATAXRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE COMFORT LANCING PEN (lancing device)	DME	
SURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SUREFLEX DEVICE WITH LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
SUREFLEX LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE-PEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER (blood-glucose meter)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SURE-TOUCH LANCET (lancets)	DME	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" (needles, safety)	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
<i>syringe (disposable) syringe 10 ml, 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 10 ml 20 x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 x 1"</i>	Nivel 1	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
SZOSIL TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
SZOSIL TOPICAL STRIP 1.4 X 6 " (silicone adhesive)	Nivel 3	
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 3	
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG (compression stocking,knee high,long length,small circumferen)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 3	
T:FLEX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 3	
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT30 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM TRUSTL PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
TECHLITE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
TECHLITE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TELCARE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
TELCARE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze)	DME	
TEMPO SMART BUTTON DEVICE (data transfer accessory (insulin pen), bluetooth)	Nivel 3	
TEMPO WELCOME KIT KIT (blood glucose meter/insulin data transf accessory, bluetooth)	Nivel 3	
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 3	
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 3	
TENSCARE ITOUCH SURE VAGINAL DEVICE (incont device,muscle toner,elt)	Nivel 3	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRING SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
TEST N'GO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THERAHONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Nivel 3	
THIN LANCETS 26 GAUGE (lancets)	DME	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 3	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 3	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (syringe, disposable irrigation, 70 mL)	Nivel 1	
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (lancets)	DME	
TOUCH-TROL 10 FR (catheter)	Nivel 3	
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
TRUE COVER CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUEDRAW LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS KETONE STRIP (urine acetone test strips)	DME	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
TRUEPLUS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTM KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUETEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUSTEEL INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Nivel 0	
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Nivel 1	
TWIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin pump syringe/insulin needles)	Nivel 3	
TWIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
TWIST STARTER KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2", 0.3 ML 31 X 5/16" (syringe with needle,insulin disposable,0.3 mL/empty containr)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR SYRINGE 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16" (syringe with needle, insulin,1 mL and sharps container)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR SYRINGE 1/2 ML 30 X 1/2", 1/2 ML 31 X 5/16" (syringe-needle,insulin,0.5 mL/container,empty)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPAK-PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Nivel 1	
ULTI-LANCE (lancing device)	DME	
ULTI-LANCE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ULTIMA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA TLC LANCETS (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRACARE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-FINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ULTRATRAK STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTRATRAK ULTIMATE (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
UNIFINE OTC PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET GP LANCET (lancets)	DME	
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 2 DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 2 NORMAL LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNISTIK 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	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe, safety with needle, 10 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" (syringe, safety with needle, 3 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe, safety with needle, 5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VARISOFT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
VARISOFT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
VARISOFT INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
VARITHENA ADMINISTRATION PACK (transfer set/syringe, disposable/bandages,compression/tubing)	Nivel 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
VERIFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Nivel 1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
V-GO 20 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 20 unit,disposable)	Nivel 2	
V-GO 30 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable)	Nivel 2	
V-GO 40 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable)	Nivel 2	
VIBRANT ORAL CAPSULE (vibrating transient device for constipation)	Nivel 3	
VIBRANT STARTER KIT COMBO PACK (vibrating transient device for constipation)	Nivel 3	
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,2,3 SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
VIVAGUARD INO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
VIVAGUARD INO SMART GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
VIVAGUARD LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 3	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WILLIS THE WHALE COMPRESSOR NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
XEROFORM PETROLATUM DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 2 X 2 ", 4 X 3 "-YARD, 4 X 4 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 3	
XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 3	
XEROFORM TOPICAL BANDAGE 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 3	
YONI FIT BLADDER SUPPORT VAGINAL 34-38 MM, 34-38-42 MM, 42-45 MM, 45-48-52 MM, 48-52 MM (pessary)	Nivel 3	
ZENPHOR TOPICAL BANDAGE 2 X 4.7 " (gel dressing)	Nivel 3	
ZENPHOR TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals		
Ophthalmic - Anti-Inflammatory, Glucocorticoids - Vitamins And Minerals		
<i>st. john's wort oral capsule 300 mg</i>	Nivel 3	
Ophthalmic - Gonioscopic Solutions - Vitamins And Minerals		
<i>gluc-chon-msm-col-hy-bos-c-min oral tablet 750-551.5-50-30 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>glucosam su dip-chondroit-c-mn oral capsule 500-400-66-3 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosam-chondr-msm-c-manganes oral capsule 375-300-75-15 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosam-chondr-vit c-mn-boron oral tablet 750-600-30-1 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosamine 2kcl-msm-chondroit oral tablet 500-166.6-400 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosamine sulfate oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosamine sulfate oral tablet 1,000 mg</i>	Nivel 3	
GLUCOSAMINE-CHONDR-D3 (C-MANG) ORAL CAPSULE 500-400-667 MG-MG-UNIT (glucosamine/chondr-collagen complex/vit D3/vit C/manganese)	Nivel 3	
<i>glucosamine-chondroitin oral capsule 500-400 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosamine-chondroitin oral tablet 250-200 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosamine-d3-boswellia serr oral tablet 1,500-400-100 mg-unit-mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosamine-d3-hyaluronic acid oral tablet 1,000 mg- 25 mcg-1.65 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosamine-msm-chondr-d3-bosw oral tablet 25 mcg-937.5 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosam-msm-chond-hrb149-hyal oral tablet 500-500-66.7 mg</i>	Nivel 3	
MOVE FREE PLUS MSM-VIT D3 ORAL TABLET 750 MG-100 MG- 25 MCG (glucosamine/chondroitin/msm/D3/hyaluronic acid/cal borate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUPERIOR JOINT SUPPORT ORAL TABLET 300-100-100-50 MG (glucosam/chondr/msm/collag/Boswell/turmeric/pancr/querc/brom)	Nivel 3	
SYNOVX DJD ORAL CAPSULE 150 MG-150 MG- 250 MG-19 MG (glucosamin/chondroitin/msm/vit C/manganese/hyaluronic/mussel)	Nivel 3	
SYNOVX RECOVERY ORAL CAPSULE 375-300-237.5 MG (glucosamine sulfate sodium/chondroitin sulfate sodium/msm)	Nivel 3	
Ophthalmic - Intraocular Pressure Reducing Agents, Beta-Blockers - Vitamins And Minerals		
<i>melatonin oral drops 1 mg/4 ml, 10 mg/ml, 3 mg/4 ml</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral lozenge 5 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 3	
Ophthalmic-Intraocular Pressure Reducing Agents, Prostaglandin Analogs - Vitamins And Minerals		
SLEEP TONITE VALERIAN ORAL TABLET 750-100-25 MG (valerian xt/passion flower/hops/chamomile flower/skullcap)	Nivel 3	
SYNOVX CALM ORAL CAPSULE 100-30-15-40 MG (valerian rt/passion flower/hops/cherry/magnesium comb/potass)	Nivel 3	
Terapia Alternativa - Agentes Androgénicos - Vitamins And Minerals		
DHEA ORAL TABLET 25 MG (prasterone (DHEA))	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prasterone (dhea) oral capsule 25 mg</i>	Nivel 3	
<i>prasterone (dhea) oral tablet 10 mg</i>	Nivel 3	
<i>prasterone (dhea) oral tablet 25 mg</i>	Nivel 3	
Terapia Alternativa - Agentes De Tos Y Resfriado - Vitamins And Minerals		
BABY COUGH ORAL SYRUP 4 GRAM-45 MG- 9 MG/3 ML (agave extract/thyme leaf extract/English ivy extract)	Nivel 3	
BABY COUGH-MUCUS ORAL SYRUP 4 GRAM- 21 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract)	Nivel 3	
KINDERMED INFANTS COUGH PLUS ORAL SYRUP 4 GRAM- 21 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract)	Nivel 3	
KINDERMED INFANTS NIGHT COUGH ORAL LIQUID 4 GRAM-21 MG- 4 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract/chamomile flower ext)	Nivel 3	
Terapia Alternativa - Antioxidantes - Vitamins And Minerals		
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH ORAL CAPSULE 250-5-1 MG (vit C,E,copper,zinc 11/omega-3/dha/epa/fish/lutein/zeaxanth)	Nivel 3	
ALAMAX CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 600 MG- 450 MCG (alpha lipoic acid/biotin)	Nivel 3	
ALAMAX PROTECT ORAL CAPSULE 125 MG-95 MCG-250 MG (alpha lipoic acid/biotin/berberine chloride)	Nivel 3	
<i>alpha lipoic acid oral capsule 100 mg</i>	Nivel 3	
<i>alpha lipoic acid oral capsule 200 mg</i>	Nivel 3	
<i>alpha lipoic acid oral tablet 600 mg</i>	Nivel 3	
<i>alpha lipoic acid oral tablet extended release 600 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>alpha lipoic acid-biotin oral capsule 300 mg- 333 mcg</i>	Nivel 3	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM) ORAL TABLET 8,333-167-133 UNIT-MG-UNIT (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/selenium yeast)	Nivel 3	
EYE HEALTH AREDS-2 ORAL CAPSULE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN ORAL TABLET 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG (beta-carotene(A) w-C and E/lutein/minerals)	Nivel 3	
EYE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/zinc oxide/cupric oxide)	Nivel 3	
<i>glutathione (bulk) powder 100 %</i>	Nivel 3	
HEALTHY EYES LUTEIN-ZEAXANTHIN ORAL CAPSULE 60 MG-13.5 MG- 15 MG-2 MG-6 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
HEALTHY EYES SUPERVISION2 ORAL CAPSULE 250-90-10-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
I-SIGHT ORAL CAPSULE 15 MG-100 MG-75 MG-50 MG (lutein/a-cysteine/ALA/quercet/zinc/taurine/bilberry/lycopene)	Nivel 3	
LIVER PROTECT ORAL CAPSULE 200-200-262.5 MG (acetylcysteine/alpha lipoic/milk thistle/selenomethionine)	Nivel 3	
<i>lutein oral capsule 20 mg</i>	Nivel 3	
LUTEIN PLUS WITH ZEAXANTHIN ORAL TABLET 1,500 MCG-60 MG -20 MG-15 MG (betacarotene/vit C/vit E/zinc ox/cupric ox/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lutein-zeaxanthin oral capsule 25-5 mg</i>	Nivel 3	
<i>lutein-zeaxanthin oral capsule 40-1,600 mg-mcg</i>	Nivel 3	
<i>lutein-zeaxanthin oral tablet, chewable 10-2 mg</i>	Nivel 3	
<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext oral capsule 20-1-2.2 mg</i>	Nivel 3	
MITOPRIME ORAL CAPSULE 12.5 MG (ergothioneine)	Nivel 3	
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV ORAL CAPSULE 200 MCG-15 MCG- 5 MG-1 MG (multivitamin-minerals/folic acid/vit K/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
PRESERVISION AREDS-2 ORAL CAPSULE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
PRESERVISION AREDS-2 ORAL TABLET,CHEWABLE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
PUREVITA ALPHA LIPOIC ACID ORAL DROPS 1 MG/2 ML (alpha lipoic acid)	Nivel 3	
VISION HEALTH ORAL CAPSULE 250-90-40-2-5 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE 66.6MG-3.33MCG-3.33 MG-0.66 MG (vitamin B complex/vit C/selenium/lutein/zeaxanthin/herb 253)	Nivel 3	
VISTA ADVANCED AREDS2 ORAL CAPSULE 250-137.5-12.5 MG (vit C/vit E/zinc/copper/selen/lutein/zeaxanthin/glutathione)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Alternativa - Laxantes Y Catárticos - Vitamins And Minerals		
HERBAL COLON CLEANSER ORAL CAPSULE 500 MG (cascara/psyllium husk/bentonite/alfalfa/aloe/herbs)	Nivel 3	
Terapia Alternativa - No Clasificado - Vitamins And Minerals		
ACAI BERRY DIET ORAL CAPSULE 250 MG-20 MCG- 80 MG-50 MG (acai berry extract/chromium/green tea/cafeine/enzymes)	Nivel 3	
ADVANCED HERBALS GINGER ORAL TABLET,CHEWABLE 15 MG (ginger root extract)	Nivel 3	
ALFA-MAX ALFALFA ORAL CAPSULE 525 MG (alfalfa)	Nivel 3	
AM-PM MENOPAUSE FORMULA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 20-250-100(D)/ 20-200-100MG(N) (black cohosh/green tea/Panax ginseng/valerian/hops/theanine)	Nivel 3	
ARTICHOKE PREMIUM EXTRACT ORAL CAPSULE 150-300 MG (milk thistle seed extract/artichoke leaf extract)	Nivel 3	
<i>ashwagandha extract oral capsule 120 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>ashwagandha root extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>ashwagandha root extract oral tablet 300 mg</i>	Nivel 3	
ASHWAGANDHA ROOT LEAF EXTRACT ORAL TABLET,CHEWABLE 62.5 MG (ashwagandha extract)	Nivel 3	
<i>astragalus root oral capsule 470 mg</i>	Nivel 3	
ATRANTIL ORAL CAPSULE 275 MG (tannic acid/horse chestnut seed xt/peppermint leaf xt)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZO CRANBERRY PLUS PROBIOTIC ORAL TABLET 250-30-15 MG (cranberry fruit concentrate/ascorbic acid/Bacillus coagulans)	Nivel 3	
AZO CRANBERRY PLUS VIT C ORAL CAPSULE 250-60 MG (cranberry fruit extract/ascorbic acid)	Nivel 3	
BERGACOR ORAL TABLET 650 MG (bergamot extract)	Nivel 3	
BERGACOR PLUS ORAL TABLET 400-250 MG (bergamot extract/Indian gooseberry extract)	Nivel 3	
<i>bitter melon extract oral tablet 750 mg</i>	Nivel 3	
<i>black cohosh oral capsule 540 mg</i>	Nivel 3	
<i>black walnut hull oral capsule 450 mg</i>	Nivel 3	
<i>boswellia serrata extract oral tablet 307 mg</i>	Nivel 3	
BOWEL SUPPORT-IRRITABLE BOWEL ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) (peppermint oil)	Nivel 3	
BP MANAGER ORAL TABLET 519 MG (hawthorn extract/herbal drugs)	Nivel 3	
BRONCHIAL SOOTHE ORAL SYRUP 43 MG/5 ML (English ivy extract)	Nivel 3	
CALMAID ORAL CAPSULE 80 MG (lavender oil)	Nivel 3	
CANDICIDAL ORAL CAPSULE 100 MG-150 MG- 50 MG-150 MG (turmeric/ginger/olive/oregano/sodium caprylate)	Nivel 3	
<i>chamomile flower oral capsule 350 mg</i>	Nivel 3	
<i>chaste tree fruit oral capsule 400 mg</i>	Nivel 3	
<i>cinnamon bark extract oral tablet 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>cinnamon bark oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CORTISOLV ORAL CAPSULE 150-250-50-50 MG (ashwagandha/magnolia brk/Phellod/banaba lf/maral rt/theanine)	Nivel 3	
<i>cranberry conc-ascorbic acid oral capsule 300-100 mg, 4,200-20 mg</i>	Nivel 3	
<i>cranberry extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>cranberry extract oral tablet 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>cranberry fruit concentrate oral capsule 450 mg</i>	Nivel 3	
<i>cranberry fruit concentrate oral tablet, disintegrating 125 mg</i>	Nivel 3	
<i>cranberry fruit oral capsule 465 mg</i>	Nivel 3	
CRANBERRY URINARY TRACT HEALTH ORAL TABLET 250-30-3.5 MG (cranberry fruit concentrate/ascorbic acid/Bacillus coagulans)	Nivel 3	
CURCUPLEX-95 ORAL CAPSULE 500 MG (turmeric root extract)	Nivel 3	
<i>dandelion root oral capsule 525 mg</i>	Nivel 3	
DIGESTIVE SUPPORT ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100-21.5 MG (caraway seed extract/levomenthol)	Nivel 3	
DRAMAMINE GINGER ORAL TABLET, CHEWABLE 15 MG (ginger root extract)	Nivel 3	
DRAMAMINE NON-DROWSY ORAL CAPSULE 500 MG (ginger)	Nivel 3	
<i>echinacea oral capsule 125 mg</i>	Nivel 3	
<i>echinacea oral capsule 400 mg</i>	Nivel 3	
<i>echinacea purp aerial part ext oral capsule 65 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR ORAL TABLET,CHEWABLE 83.3 MG (ascorbic acid/multivitamin with minerals/herbal drugs)	Nivel 3	
ESTROVEN CMPLT MENOPAUSE RLF ORAL TABLET 4 MG (rhubarb root extract)	Nivel 3	
<i>evening primrose oil oral capsule 1,300 mg</i>	Nivel 3	
<i>fenugreek seed oral capsule 610 mg</i>	Nivel 3	
FLASHARREST ORAL CAPSULE 96.5 MG (hops extract/spruce fir extract)	Nivel 3	
<i>flaxseed oil oral capsule 1,000 mg</i>	Nivel 3	
<i>gamma-aminobutyric acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 3	
<i>garlic extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>garlic extract oral tablet 400 mg</i>	Nivel 3	
<i>garlic oral capsule 1,000 mg</i>	Nivel 3	
GARLICIN CARDIO ORAL TABLET 350 MG (garlic)	Nivel 3	
GARLIX ORAL CAPSULE 650 MG (garlic extract)	Nivel 3	
<i>gelatin oral capsule 650 mg</i>	Nivel 3	
GENNAMD ORAL CAPSULE 130 MG (cranberry fruit concentrate)	Nivel 3	
<i>ginger (zingiber officinalis) oral capsule 550 mg</i>	Nivel 3	
<i>ginger root-ginger root ext oral capsule 262.5 mg</i>	Nivel 3	
<i>ginkgo biloba leaf extract oral capsule 120 mg, 125 mg</i>	Nivel 3	
GINKGO BILOBA PLUS (BACOPA) ORAL CAPSULE 120-40 MG (ginkgo biloba leaf extract/bacopa leaf extract)	Nivel 3	
GLUCOSA IMMUNE BOOSTER ORAL CAPSULE (herbal complex no.306)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>goldenseal root oral capsule 333 mg</i>	Nivel 3	
<i>grape seed extract oral capsule 100 mg</i>	Nivel 3	
GREEN TEA-600 ORAL CAPSULE 600 MG (green tea leaf extract)	Nivel 3	
HORMONE PROTECT ORAL CAPSULE 150-30 MG (diindolylmethane/broccoli seed extract)	Nivel 3	
HORNY GOAT WEED PLUS ORAL CAPSULE 250-125 MG (barrenwort/maca extract/herbal drugs)	Nivel 3	
JOINT COMFORT AND MOVEMENT ORAL CAPSULE 100-500 MG (Boswellia serrata extract/turmeric root extract)	Nivel 3	
KOREAN GINSENG ORAL TABLET 1,000 MG (Panax ginseng root)	Nivel 3	
<i>licorice root (g.glabra) oral capsule 450 mg</i>	Nivel 3	
<i>maca oral capsule 525 mg</i>	Nivel 3	
MEDCAPS MENOPAUSE ORAL CAPSULE (herbal complex no.321)	Nivel 3	
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6) oral tablet 5-1 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet extended release 5-10 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet, ir and er, biphasic 10-10 mg, 5-10 mg</i>	Nivel 3	
MENOFEM ORAL CAPSULE (herbal complex no.323)	Nivel 3	
<i>milk thistle oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>milk thistle sd ext-blessed th oral capsule 175-120 mg</i>	Nivel 3	
<i>milk thistle seed extract oral capsule 250 mg, 87.5 mg</i>	Nivel 3	
MIND AND MEMORY ORAL CAPSULE 100-100 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>moringa oleifera oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
MYROSINASE ORAL CAPSULE 287.5 MG (mustard seed)	Nivel 3	
NEURIVA ORIGINAL ORAL CAPSULE 100-100 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Nivel 3	
NEURIVA ORIGINAL ORAL TABLET,CHEWABLE 50-50 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Nivel 3	
NRF2 ACTIVATOR ORAL CAPSULE 200-200-50-30 MG (turmeric xt/green tea xt/pterostilbene/broccoli seed xt)	Nivel 3	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (flaxseed)	Nivel 3	
ONCOPLEX ES ORAL CAPSULE 100 MG (broccoli seed extract)	Nivel 3	
ONCOPLEX ORAL CAPSULE 30 MG (broccoli seed extract)	Nivel 3	
ORAXINOL ORAL CAPSULE 500 MG (herbal complex no.319)	Nivel 3	
<i>oregano oil-flaxseed oil oral capsule 50-25 mg</i>	Nivel 3	
PMS SOOTHE ORAL CAPSULE (herbal complex no.327)	Nivel 3	
<i>red beet oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>red beet-sour cherry extract oral tablet,chewable 250-0.5 mg</i>	Nivel 3	
<i>red yeast rice extract oral capsule 55 mg</i>	Nivel 3	
<i>red yeast rice oral capsule 600 mg</i>	Nivel 3	
REMIFEMIN MENOPAUSE ORAL TABLET 2.5 MG (black cohosh root extract)	Nivel 3	
SALOXICIN ORAL CAPSULE 60-25-20 MG (willow bark ext/Boswellia serrata ext/herbal complex no. 322)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAMBUCUS ELDERBERRY ORIGINAL ORAL SYRUP 50 MG/5 ML (elderberry fruit)	Nivel 3	
<i>saw palmetto oral capsule 450 mg, 585 mg</i>	Nivel 3	
<i>saw palmetto-zinc picolinate oral capsule 450-15 mg</i>	Nivel 3	
<i>schisandra oral capsule 580 mg</i>	Nivel 3	
SUPER ENERGY HERBAL COMPLEX ORAL TABLET 300-162.5-8 MG (guarana extract/Panax ginseng/alfalfa/herbal drugs)	Nivel 3	
SYNOVX RELIEF ORAL CAPSULE 500 MG (Boswellia serrata extract/turmeric root extract)	Nivel 3	
TESTOPLEX PLUS ORAL CAPSULE 250-100 MG (shilajit/Eurycoma longifolia extract)	Nivel 3	
<i>turmeric root extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>turmeric root extract oral tablet 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>turmeric root ext-sour cherry oral capsule 100-1,000 mg</i>	Nivel 3	
<i>turmeric root-ginger root ext oral tablet, chewable 150-25 mg</i>	Nivel 3	
<i>turmeric-ginger-black pepper oral tablet, chewable 125 mg-6 mg- 50 mcg</i>	Nivel 3	
<i>turmeric-turmeric ext-pepper oral capsule 500-5 mg</i>	Nivel 3	
<i>turmeric-turmeric root extract oral capsule 450-50 mg</i>	Nivel 3	
<i>valerian oral capsule 530 mg</i>	Nivel 3	
<i>valerian root oral capsule 450 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
VIRAGRAPHIS ORAL CAPSULE 187.5-150-79.2 MG (Andrographis ext/Isatis root xt/licorice root xt)	Nivel 3	
<i>vit c-echinacea purpurea xt oral tablet, chewable 75-3 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VITALVASC ORAL CAPSULE 75-250-125 MG (grape seed extract/hesperidin/olive extract)	Nivel 3	
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>	Nivel 3	
Terapia Aguda De Gota - Antimióticos - Gout Drugs		
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
COLCRYS ORAL TABLET 0.6 MG (colchicine)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
GLOPERBA ORAL SOLUTION 0.6 MG/5 ML (colchicine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Colchicine capsules or tablets within the past 120 days; QL (10 ML per 1 day)
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG (colchicine)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
Terapia De Hiperuricemia - Inhibidores De Xantina Oxidasa - Gout Drugs		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>allopurinol oral tablet 200 mg</i>	Nivel 3	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Allopurinol within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULORIC ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (febuxostat)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Allopurinol within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
ZYLOPRIM ORAL TABLET 100 MG (allopurinol)	Nivel 3	
Urinary Ph Modifier - Alkalinizers - Gout Drugs		
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Terapia De Trastorno Cognitivo		
Rett Syndrome Agents - Glypromate (Gpe) Analogs		
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML (trofinetide)	Nivel 4	PA
Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System		
Alzheimer's Disease Therapy - Amyloid Directed Monoclonal Antibody - Drugs For Alzheimer's Disease		
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8 ML (lecanemab-irmb)	Nivel 4	
Diuretic - Potassium Sparing-Loop Combinations - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>memantine-donepezil oral capsule, sprinkle, er 24hr 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Donepezil and Memantine within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG (memantine HCl/donepezil HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Donepezil and Memantine within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 7-10 MG (memantine HCl/donepezil HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Donepezil and Memantine within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Gallstone Solubilizing (Litholysis) Agent Combinations - Drugs For Alzheimer's Disease		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 10 MG/24 HOUR, 5 MG/24 HOUR (donepezil HCl)	Nivel 3	PA
ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG, 5 MG (donepezil HCl)	Nivel 3	
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
EXELON PATCH TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.3 MG/24 HOUR, 4.6 MG/24 HOUR, 9.5 MG/24 HOUR (rivastigmine)	Nivel 3	QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (200 ML per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
ZUNVEYL ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10 MG, 15 MG, 5 MG (benzgalantamine gluconate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Galantamine tablets or Galantamine ER capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Terapia De Enfermedad De Alzheimer - Antagonistas De Receptores De Nmda - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Memantine immediate release tablets within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (300 ML per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>memantine oral tablets, dose pack 5-10 mg</i>	Nivel 1	QL (49 EA per 28 days)
NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLETS, DOSE PACK 5-10 MG (memantine HCl)	Nivel 3	QL (49 EA per 28 days)
NAMENDA XR ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7-14-21-28 MG (memantine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Memantine immediate release tablets within the past 120 days; QL (28 EA per 28 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NAMENDA XR ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 7 MG (memantine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Memantine immediate release tablets within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
Terapia De Trastorno Cognitivo - Vasodilatadores Cerebrales - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System		
Acidificante Urinario - Inhibidor De Ureasa Bacterial - Drugs For Infections		
LITHOSTAT ORAL TABLET 250 MG (acetohydroxamic acid)	Nivel 3	
Agente Bph - Inhib De Reductasa Alfa-5 Y Comb De Antag De Adrenoceptor Alfa-1 - Drugs For The Prostate		
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Alfuzosin, Doxazosin, Finasteride 5mg, Prazosin, Silodosin, Tamsulosin, or Terazosin within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JALYN ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 24 HR 0.5-0.4 MG (dutasteride/tamsulosin HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Alfuzosin, Doxazosin, Finasteride 5mg, Prazosin, Silodosin, Tamsulosin, or Terazosin within the past 120 days
Agente De Hipertrofia Prostática - Inhibidores De Reductasa De Alfa-5 Tipo Ii - Drugs For The Prostate		
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
PROSCAR ORAL TABLET 5 MG (finasteride)	Nivel 3	
Agentes De Cistitis Intersticial - Drugs For The Urinary System		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG (pentosan polysulfate sodium)	Nivel 2	
Agentes De Hipertrofia Prostática-Inhibidores De Reductasa Alfa-5 Tipo I Y Ii - Drugs For The Prostate		
AVODART ORAL CAPSULE 0.5 MG (dutasteride)	Nivel 3	
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1	
Alpha-1 Blockers-Serotonin (5-Ht-2) Antagonists - Drugs For The Urinary System		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Nivel 1	
Antacid - Aluminum - Drugs For Infections		
<i>phenazopyridine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PYRIDIUM ORAL TABLET 100 MG, 200 MG (phenazopyridine HCl)	Nivel 3	
Antacid - Antacid Combinations - Drugs For The Prostate		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	Nivel 1	
FLOMAX ORAL CAPSULE 0.4 MG (tamsulosin HCl)	Nivel 3	
RAPAFLO ORAL CAPSULE 4 MG, 8 MG (silodosin)	Nivel 3	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	Nivel 1	
UROXATRAL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 10 MG (alfuzosin HCl)	Nivel 3	
Antacid - Bicarbonate - Drugs For The Urinary System		
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (cysteamine bitartrate)	Nivel 4	
PROCYSBI ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 25 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Nivel 4	PA
PROCYSBI ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 300 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Nivel 4	PA
Antacid - Calcium - Drugs For The Urinary System		
THIOLA EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG (tiopronin)	Nivel 4	
THIOLA ORAL TABLET 100 MG (tiopronin)	Nivel 4	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i>	Nivel 4	
<i>tiopronin oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
tiopronin (Venxxiva Oral Tablet,Delayed Release (Dr/Ec) 100 Mg, 300 Mg)	Nivel 4	
Antacid - Magnesium - Drugs For The Urinary System		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	Nivel 1	
GLYCINE UROLOGIC IRRIGATION SOLUTION 1.5 % (glycine urologic solution)	Nivel 3	
<i>glycine urologic solution irrigation solution 1.5 %</i>	Nivel 1	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION 1980.6 MG-59.4 MG-980.4MG/30ML (citric acid/gluconolactone/magnesium carbonate)	Nivel 3	
<i>sorbitol irrigation solution 3 %</i>	Nivel 1	
<i>sorbitol-mannitol transurethral solution 2.7-0.54 gram/100 ml</i>	Nivel 1	
Antacid Combinations - Drugs For The Urinary System		
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
Antacids And Combinations - Drugs For Infections		
CITRATABS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 7.5 MEQ (magnesium citrate/potassium citrate)	Nivel 3	
LITHOLYTE ORAL POWDER IN PACKET 15 MEQ (magnesium citrate/potassium citrate)	Nivel 3	
ORACIT ORAL SOLUTION 490-640 MG/5 ML (citric acid/sodium citrate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	Nivel 1	
<i>potassium citrate-citric acid oral solution 1,100-334 mg/5 ml</i>	Nivel 3	
<i>sodium citrate-citric acid oral solution 490-640 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate-citric acid oral solution 500-334 mg/5 ml</i>	Nivel 3	
TRICITRATES ORAL SOLUTION 550-500-334 MG/5 ML (sodium/potassium/potassium citrate/sodium citrate/cit ac)	Nivel 3	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ (1,080 MG) (potassium citrate)	Nivel 3	
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ (potassium citrate)	Nivel 3	
Antibacteriales Urinarios - Derivados De Nitrofuranos - Drugs For Infections		
FURADANTIN ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (nitrofurantoin)	Nivel 3	PA
MACROBID ORAL CAPSULE 100 MG (nitrofurantoin monohydrate/macrocystals)	Nivel 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Nivel 3	
Antibacteriales Urinarios - Metenamina Y Sales - Drugs For Infections		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic)	Nivel 3	
Antibacteriales Urinarios Otros - Drugs For Infections		
<i>fosfomicin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Nivel 1	
MONUROL ORAL PACKET 3 GRAM (fosfomicin tromethamine)	Nivel 3	
Antidiarrheal Antiperistaltic-Anticholinergic Combinations - Drugs For Infections		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET 305-700 MG (sodium phosphate,monobasic/potassium phosphate,monobasic)	Nivel 3	
K-PHOS ORIGINAL ORAL TABLET,SOLUBLE 500 MG (potassium phosphate,monobasic)	Nivel 3	
WES-PHOS 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (sodium phosphate,dibasic/pot phos,monob/sod phosphate mono)	Nivel 3	
Antiespasmódico Urinario - Anticol., Selectivo Muscarínico M(3) (Vejiga) - Drugs For The Bladder		
<i>darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
VESICARE LS ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (solifenacin succinate)	Nivel 3	
VESICARE ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (solifenacin succinate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiespasmódico Urinario - Anticolinérgicos, No-Selectivos - Drugs For The Bladder		
ANASPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet,disintegrating 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
LEVBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
LEVSIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
LEVSIN/SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
NULEV ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
SYMAX FASTABS ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
SYMAX-SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
SYMAX-SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
Antiespasmódico Urinario - Relajantes Musculares Suaves - Drugs For The Bladder		
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 3.9 MG/24 HR (oxybutynin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Myrbetriq and Oxybutynin IR/XR within the past 365 days
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 4 MG, 8 MG (fesoterodine fumarate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>trospium oral capsule,extended release 24hr 60 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
Bph Agent- 5-Alpha-Reductase And Phosphodiesterase-5 (Pde5) Inhibitors - Drugs For The Prostate		
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG (finasteride/tadalafil)	Nivel 3	
Combinaciones De Metenamina-Antiespasmódicos De Antiinfecciosos Urinarios - Drugs For Infections		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Nivel 1	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 1	
URYL ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 3	
Combinaciones De Metenamina-Antiespasmódicos-Analgésicos De Antiinfecciosos Urinarios - Drugs For Infections		
URELLE ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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/salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URIMAR-T ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sodium phosphate/salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URIMAR-T ORAL TABLET 120-10.8-0.12 MG (methenamine/methylene blue/sodium phosphate/salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URNEVA ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sodium phosphate/salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sodium phosphate/salicylate/hyoscyamine)	Nivel 1	
URO-SP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sodium phosphate/salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
Elastase Inhibitors - Drugs For The Urinary System		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
FOSRENOL ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 750 MG (lanthanum carbonate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
FOSRENOL ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MG, 500 MG, 750 MG (lanthanum carbonate)	Nivel 3	
<i>lanthanum oral tablet,chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
RENVELA ORAL POWDER IN PACKET 0.8 GRAM, 2.4 GRAM (sevelamer carbonate)	Nivel 3	
RENVELA ORAL TABLET 800 MG (sevelamer carbonate)	Nivel 3	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (sucroferric oxyhydroxide)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day)
Enfermedad Renal Poliquística - Antagonistas De Receptor De Vasopresina V2 - Drugs For The Urinary System		
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (tolvaptan)	Nivel 4	PA
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM) (tolvaptan)	Nivel 4	PA
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg</i>	Nivel 4	QL (30 EA per 365 days)
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 30 mg</i>	Nivel 4	QL (60 EA per 365 days)
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)</i>	Nivel 4	PA
Enlaces De Fosfato - Con Base De Hierro - Drugs For The Urinary System		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Velporo and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (sucroferric oxyhydroxide)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day)
Oxalosis Agent - Oxalate Inhibitor, Small Interfering Rna Directed - Drugs For The Urinary System		
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML) (nedosiran sodium)	Nivel 4	
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML (nedosiran sodium)	Nivel 4	
Penicillin Antibiotic Combinations Other - Drugs For The Bladder		
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG (vibegron)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Myrbetriq and Oxybutynin IR/XR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 8 MG/ML (mirabegron)	Nivel 2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron)	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Polymyxins And Derivative Combinations - Drugs For The Prostate		
CIALIS ORAL TABLET 5 MG (tadalafil)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
Terapia De Retención Urinaria - Agentes Parasimpatomiméticos - Drugs For The Bladder		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Para Trastorno Alimentario		
Anti-Obesity - Dual GIP And GLP-1 Receptor Agonists		
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML (tirzepatide)	Nivel 2	PA; QL (2 ML per 28 days)
Treatment Of Hyperphagia In Prader-Willi Syndrome (PWS)		
VYKAT XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 25 MG, 75 MG (diazoxide choline)	Nivel 4	PA
Terapia Para Trastorno Alimentario - Drugs For Eating Disorders		
Cephalosporin Antibiotic Combinations Other - Drugs For Eating Disorders		
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)</i>	Nivel 1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Megestrol Acetate within the past 120 days
Estimulantes De Apetito - Canabinoides - Drugs For Eating Disorders		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dronabinol)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Nivel 3	QL (60 ML per 30 days)
Influenza-A Agent Combinations - Drugs For Eating Disorders		
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML (semaglutide)	Nivel 2	PA; QL (2 ML per 28 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML (semaglutide)	Nivel 2	PA; QL (3 ML per 28 days)
Thyroid Therapy		
Metabolic Modifier - Neimann Pick Disease Type C (Npc)		
AQNEURSA ORAL GRANULES IN PACKET 1 GRAM (levacetylleucine)	Nivel 4	PA
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG (arimoclomol citrate)	Nivel 4	PA
Metabolic Modifier - Pompe Disease - Gcs Inhibitor		
OPFOLDA ORAL CAPSULE 65 MG (miglustat)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Thyroid Therapy - Drugs That Alter Metabolism		
Agentes De Tratamiento De Fenilketonuria (Pku) - Cofactor De Fenilalaninade Hidroxilasa - Drugs That Alter Metabolism		
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Powder In Packet 100 Mg, 500 Mg)	Nivel 4	
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Tablet, Soluble 100 Mg)	Nivel 4	
KUVAN ORAL POWDER IN PACKET 100 MG, 500 MG (sapropterin dihydrochloride)	Nivel 4	
KUVAN ORAL TABLET, SOLUBLE 100 MG (sapropterin dihydrochloride)	Nivel 4	
<i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 4	
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>	Nivel 4	
SEPHIENCE ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 250 MG (sepiapterin)	Nivel 4	PA
Agentes De Tratamiento De Fenilketonuria (Pku) - Liasa De Fenilalaninade Hidroxilasa - Drugs That Alter Metabolism		
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML (pegvaliase-pqpz)	Nivel 4	PA
Agentes De Tratamiento De Hiperparatiroides - De Tipo Análogo De Vitamina D - Drugs That Alter Metabolism		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	Nivel 1	
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG (calcifediol)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ROCALTROL ORAL SOLUTION 1 MCG/ML (calcitriol)	Nivel 3	
ZEMPLAR ORAL CAPSULE 1 MCG, 2 MCG (paricalcitol)	Nivel 3	
Agents To Treat Hypoglycemia (Hyperglycemics) - Drugs That Alter Metabolism		
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM (uridine triacetate)	Nivel 4	PA
Metabolic Modifier - Phosphatidylinositol-3-Kinase (Pi3k) Inhibitors - Drugs That Alter Metabolism		
JOENJA ORAL TABLET 70 MG (leniolisib phosphate)	Nivel 4	PA
VIJOICE ORAL GRANULES IN PACKET 50 MG (alpelisib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VIJOICE ORAL TABLET 125 MG, 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 50 MG (alpelisib)	Nivel 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Modificador Metabólico - Activador De Carbamil Fosfato Sintetasa 1 (Cps 1) - Drugs That Alter Metabolism		
CARBAGLU ORAL TABLET, DISPERSIBLE 200 MG (carglumic acid)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	Nivel 4	PA
Modificador Metabólico - Agentes De Trastorno De Cicle De Urea - Agentes Conjugantes - Drugs That Alter Metabolism		
BUPHENYL ORAL POWDER 0.94 GRAM/GRAM (sodium phenylbutyrate)	Nivel 4	PA
BUPHENYL ORAL TABLET 500 MG (sodium phenylbutyrate)	Nivel 4	PA
OLPRUVA ORAL PELLETS IN PACKET 2 GRAM, 3 GRAM, 4 GRAM, 5 GRAM, 6 GRAM, 6.67 GRAM (sodium phenylbutyrate)	Nivel 4	PA
PHEBURANE ORAL GRANULES 483 MG/GRAM (sodium phenylbutyrate)	Nivel 4	PA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML (glycerol phenylbutyrate)	Nivel 4	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram</i>	Nivel 4	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 4	PA
Modificador Metabólico - Agentes De Tratamiento De Tirosinemia Hereditaria - Drugs That Alter Metabolism		
HARLIKU ORAL TABLET 2 MG (nitisinone)	Nivel 4	PA
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 4	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (nitisinone)	Nivel 4	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG (nitisinone)	Nivel 4	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (nitisinone)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Modificador Metabólico - Enfermedad De Gaucher, Tipo 1, Tx De Reducción De Sustrato - Drugs That Alter Metabolism		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG (eliglustat tartrate)	Nivel 4	
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	Nivel 4	PA
miglustat (Yargesa Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 4	PA
ZAVESCA ORAL CAPSULE 100 MG (miglustat)	Nivel 4	PA
Nsaid Analgesic, Cyclooxygenase-2 (Cox-2) Selective Inhibitors - Drugs That Alter Metabolism		
TYBOST ORAL TABLET 150 MG (cobicistat)	Nivel 2	
Progeria Syndrome Treatment Agents - Farnyltransferase Inhibitor - Drugs That Alter Metabolism		
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (lonafarnib)	Nivel 4	PA
Terapia Farmacológica De Acompañante - Estabilizador De Enzima Alfa-Galactosidasa A - Drugs That Alter Metabolism		
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG (migalastat HCl)	Nivel 4	PA
Thyroid Hormone Combinations - Synthetic T3 And T4 - Drugs That Alter Metabolism		
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	Nivel 4	PA
CYSTADANE ORAL POWDER 1 GRAM/SCOOP (betaine)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Thyroid Hormones And Combinations - Drugs That Alter Metabolism		
CARNITOR (SUGAR-FREE) ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levocarnitine)	Nivel 3	
CARNITOR ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levocarnitine (with sugar))	Nivel 3	
CARNITOR ORAL TABLET 330 MG (levocarnitine)	Nivel 3	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1	
Vitamins - E		
Ophthalmic - Adrenergic-Carbonic Anhydrase Inhib-Prostaglandin Analog		
<i>brimonidine-dorzol-bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.1-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
Ophthalmic - Trpm8 Agonist		
TRYPTYR OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.003 % (acoltremon)	Nivel 3	PA
Ophthalmic Antiparasitics		
XDEMVI OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (lotilaner)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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/proparacaine/phenylephrine/ketorolac in water)	Nivel 1	
Antiarrhythmic - Class Iv - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>moxifloxacin-bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Aminoglicósidos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (tobramycin)	Nivel 2	
Antibiótico Oftálmico - Fluoroquinolonas - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 % (besifloxacin HCl)	Nivel 2	
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (ciprofloxacin HCl)	Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1.5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %</i>	Nivel 1	
OCUFLOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.3 % (ofloxacin)	Nivel 3	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
VIGAMOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (moxifloxacin HCl)	Nivel 3	
Antibiótico Oftálmico - Inhibidores De Deshidropeptidasa - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Macrólidos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
AZASITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1 % (azithromycin)	Nivel 3	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Vancomicina Y Derivados - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
Antifúngicos Oftálmico - Tipo Tetraeno Poliénico - Drugs For The Eye		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (natamycin)	Nivel 3	
Antipsychotic - Diphenylbutylpiperidine Derivatives - Drugs For Glaucoma		
<i>brimonidine-dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 0.15-2 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>brimonidine-dorzolamide ophthalmic (eye) drops 0.1-2 %</i>	Nivel 1	
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 % (brinzolamide/brimonidine tartrate)	Nivel 2	
Antis+Epticos Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC (EYE) SOLUTION 5 % (povidone-iodine)	Nivel 3	
<i>povidone-iodine ophthalmic (eye) solution 5 %</i>	Nivel 1	
Antivirales Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 % (ganciclovir)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir within the past 120 days
B-Complex Vitamins And Combinations - Drugs For Glaucoma		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	Nivel 1	
Beta Blockers Non-Cardiac Select., Intrinsic Sympathomimetic Activity - Drugs For The Eye		
<i>mitomycin (pf) in water ophthalmic (eye) syringe 0.2 mg/ml, 0.4 mg/ml</i>	Nivel 4	
MITOSOL OPHTHALMIC (EYE) KIT 0.2 MG (mitomycin)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Brewers Yeast - Drugs For Glaucoma		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.125 % (echothiophate iodide)	Nivel 4	
Combinaciones Midriáticas Y Cicloplégicas - Drugs For The Eye		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-1 % (cyclopentolate HCl/phenylephrine HCl)	Nivel 3	
<i>cyclophen-tropic-phenyleph-watr ophthalmic (eye) drops 1-1-2.5 %</i>	Nivel 3	
<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-10 %- 0.5 %, 1 %-1 %-2.5 %- 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-0.1 %- 2.5 %-0.4 %</i>	Nivel 1	
MYDCOMBI OPHTHALMIC (EYE) CARTRIDGE 2.5-1 % (phenylephrine HCl/tropicamide)	Nivel 3	
<i>phenyleph-tropicamide in water ophthalmic (eye) drops 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
Lagrimas Artificiales Y Agre De Único Lubricante - Drugs For The Eye		
KLARITY (CHONDROITIN) (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (chondroitin sulfate A sodium/PF)	Nivel 3	
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 % (perfluorohexyloctane/PF)	Nivel 2	
Mezclas Antibacteriales Oftálmicas - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	Nivel 1	
neomycin sulfate/bacitracin/polymyxin B (Neo-Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit-Unit/G)	Nivel 1	
bacitracin/polymyxin B sulfate (Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 500-10,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
Multivitamins - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
ACULAR LS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.4 % (ketorolac tromethamine)	Nivel 3	
ACULAR OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (ketorolac tromethamine)	Nivel 3	QL (20 ML per 30 days)
ACUVAIL (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.45 % (ketorolac tromethamine/PF)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Ilevro 0.3% and one of the following: Diclofenac 0.1% or Ketorolac 0.5% within the past 365 days; QL (60 EA per 15 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (3 ML per 16 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (5 ML per 16 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (3.4 ML per 16 days)
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 % (bromfenac sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (5 ML per 16 days)
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 14 days)
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Nivel 1	
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 % (nepafenac)	Nivel 2	QL (3.4 ML per 16 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 30 days)
NEVANAC OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (nepafenac)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Ilevro 0.3% and one of the following: Diclofenac 0.1% or Ketorolac 0.5% within the past 365 days; QL (9 ML per 16 days)
PROLENSA OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 % (bromfenac sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (3 ML per 16 days)
Oftálmico - Agentes De Diagnósticos - Drugs For The Eye		
ALTAFLUOR BENOX OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % (benoxinate HCl/fluorescein sodium)	Nivel 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Nivel 1	
<i>fluorescein-proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.25-0.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Agentes De Reducción De Presión Intraocular, Bloqueadores Beta - Drugs For Glaucoma		
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
BETIMOL OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %, 0.5 % (timolol)	Nivel 3	
BETOPTIC S OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (betaxolol HCl)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
ISTALOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS, ONCE DAILY 0.5 % (timolol maleate)	Nivel 3	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops, once daily 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
TIMOPTIC OCUDOSE (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.25 %, 0.5 % (timolol maleate/PF)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
Oftálmico - Agentes Para Entrecruzamiento De Colágeno Corneal - Drugs For The Eye		
PHOTREXA CROSS-LINKING KIT OPHTHALMIC (EYE) COMBO, DROPS AND DROPS VISCOUS 0.146 % -0.146 % (riboflavin 5-phosphate sodium in 20 % dextran)	Nivel 4	
Oftálmico - Agentes Viscoelástico - Drugs For The Eye		
AMVISC INTRAOCULAR SYRINGE 12 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	
AMVISC PLUS INTRAOCULAR SYRINGE 16 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	
BIOLON INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SYRINGE 18 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	
HEALON PRO INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SYRINGE 23 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	
PROVISC INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	
TOTALVISC INTRAOCULAR SYRINGE 2.5 % (1 ML) 1 % (1 ML) (hyaluronate sodium)	Nivel 3	
Oftálmico - Anestesia Local, Amidas - Drugs For The Eye		
AKTEN (PF) OPHTHALMIC (EYE) GEL 3.5 % (lidocaine HCl/PF)	Nivel 3	
Oftálmico - Anticolinérgicos - Drugs For The Eye		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
<i>atropine sulfate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 1 %</i>	Nivel 1	
cyclopentolate HCl (Cyclogyl Ophthalmic (Eye) Drops 0.5 %, 1 %, 2 %)	Nivel 3	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
HOMATROPAIRE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 5 % (homatropine Hbr)	Nivel 1	
tropicamide (Mydriacyl Ophthalmic (Eye) Drops 1 %)	Nivel 3	
<i>tropicamide ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Antihistamínicos - Drugs For Itchy Eye		
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (12 ML per 30 days)
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a generic ophthalmic antihistamine (Azelastine, Epinastine, or Olopatadine) within the past 120 days; QL (10 ML per 30 days)
BEPREVE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.5 % (bepotastine besilate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a generic ophthalmic antihistamine (Azelastine, Epinastine, or Olopatadine) within the past 120 days; QL (10 ML per 30 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	Nivel 1	QL (3 ML per 30 days)
ZERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.24 % (cetirizine HCl)	Nivel 3	QL (60 EA per 30 days)
Oftálmico - Antiinflamatorios, Antagonistas De Lfa-1 - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 % (lifitegrast)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Antiinflamatorios, Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 % (loteprednol etabonate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (10 ML per 14 days)
<i>clobetasol ophthalmic (eye) drops,suspension 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (3.5 ML per 14 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (15 ML per 14 days)
DEXTENZA INTRACANALICULAR INSERT 0.4 MG (dexamethasone)	Nivel 3	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 14 days)
DUREZOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 % (difluprednate)	Nivel 3	QL (10 ML per 14 days)
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (loteprednol etabonate)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLAREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (fluorometholone acetate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (15 ML per 14 days)
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 14 days)
FML FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (fluorometholone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (10 ML per 14 days)
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (fluorometholone)	Nivel 3	QL (10 ML per 14 days)
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (loteprednol etabonate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (5.6 ML per 14 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.5 % (loteprednol etabonate)	Nivel 3	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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.5 % (loteprednol etabonate)	Nivel 3	QL (20 ML per 14 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	QL (7 GM per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	QL (10 GM per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (10 GM per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (10 ML per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (dexamethasone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (25 ML per 14 days)
PRED FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (prednisolone acetate)	Nivel 3	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 Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRED MILD OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.12 % (prednisolone acetate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone acetate (pf) ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
Oftálmico - Antiinflamatorios, Inmunomoduladores - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
CEQUA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.09 % (cyclosporine)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Cyclosporine/Restasis, Miebo, Tyrvaya, or Xiidra within the past 365 days; QL (60 EA per 30 days)
CYCLOSPORINE IN KLARITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1-0.25 % (cyclosporine/chondroitin sulfate A sodium)	Nivel 1	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 % (cyclosporine)	Nivel 2	QL (5.5 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 % (cyclosporine)	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
VERKAZIA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (cyclosporine)	Nivel 3	PA
VEVYE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % (cyclosporine)	Nivel 3	PA
Oftálmico - Ayudas Quirúrgicas Otros - Drugs For The Eye		
GELFILM OPHTHALMIC (EYE) FILM (gelatin)	Nivel 3	
Oftálmico - Bloqueador Beta-Adrenérgico-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica-Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>timol-brimon-dorzol-bimato(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5 %-0.15 %- 2 %-0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol-brimon-dorzol-bimatop ophthalmic (eye) drops 0.5-0.1-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol-brimonidine-dorzolamid ophthalmic (eye) drops 0.5-0.1-2 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Bloqueador Beta-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica-Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>timolol-dorzolam-bimatopro(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol-dorzolamide-bimatopros ophthalmic (eye) drops 0.5-2-0.01 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Comb Bloqueador Beta-Adrenérgico-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
<i>timolol-brimonidi-dorzolam(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-0.15-2 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones Antibacteriales-Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatory		
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 10-0.2 % (sulfacetamide sodium/prednisolone acetate)	Nivel 2	
MAXITROL OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 3.5MG/ML-10,000 UNIT/ML-0.1 % (neomycin/polymyxin B sulfate/dexamethasone)	Nivel 3	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	Nivel 1	
neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin B/hydrocortisone (Neo-Polycin Hc Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit/G-1%)	Nivel 1	
PRED-G S.O.P. OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.6 % (gentamicin sulfate/prednisolone acetate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prednisolone sod ph-moxiflox ophthalmic (eye) drops 1-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxifloxacin hcl ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	Nivel 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 % (tobramycin/dexamethasone)	Nivel 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.05 % (tobramycin/dexamethasone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Tobramycin/Dexamethasone drops within the past 120 days
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 % (tobramycin/loteprednol etabonate)	Nivel 3	
Oftálmico - Combinaciones Antibacteriales-Glucocorticoides-Nsaid - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>prednisoln sp-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxiflo-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prednisolon-moxiflox-ketorolac ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones Bloqueadores Beta-Adrenérgicos - Drugs For Glaucoma		
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	Nivel 1	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 % (brimonidine tartrate/timolol maleate)	Nivel 3	
Oftálmico - Combinaciones Bloqueadores Beta-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
COSOPT (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 2-0.5 % (dorzolamide HCl/timolol maleate/PF)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dorzolamide/Timolol within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
COSOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS 22.3-6.8 MG/ML (dorzolamide HCl/timolol maleate)	Nivel 3	
<i>dorzolamide-timolol (pf) ophthalmic (eye) dropperette 2-0.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dorzolamide/Timolol within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones De Anestesia Local - Drugs For The Eye		
ALTAFLUOR BENOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % (benoxinate HCl/fluorescein sodium)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones De Bloqueadores Beta-Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>timolol-bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.5-0.01 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones Glucocorticoides-Nsaid - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>prednisolone acetate-bromfenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone acetate-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sod ph-bromfenac ophthalmic (eye) drops 1-0.075 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Descongestivos - Drugs For Itchy Eye		
<i>phenylephrine hcl ophthalmic (eye) drops 10 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Estabilizadores De Mastocitos - Drugs For Itchy Eye		
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	Nivel 1	QL (50 ML per 30 days)
Oftálmico - Ésteres De Anestesia Local - Drugs For The Eye		
<i>proparacaine HCl (Alcaine Ophthalmic (Eye) Drops 0.5 %)</i>	Nivel 1	
<i>ALTACAINE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (tetracaine HCl)</i>	Nivel 1	
<i>IHEEZO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE,GEL 3 % (chloroprocaine HCl/PF)</i>	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>tetracaine hcl (pf) ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>tetracaine hcl ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Facto De Crecimiento De Nervio Humano (Hngf) - Drugs For The Eye		
OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 % (cenegermin-bkbj)	Nivel 4	PA
Oftálmico - Inhibidor De Quinasa De Rho Y Combinación De Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 % (netarsudil mesylate/latanoprost)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Latanoprost and one of the following: Alphagan P 0.1%, Azopt, Brimonidine 0.2%, Combigan, Lumigan 0.01%, Simbrinza, or Travatan Z within the past 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
Oftálmico - Inhibidores De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (brinzolamide)	Nivel 3	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	
<i>dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Nivel 1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico-Agentes Reductores De Presión Intraocular, Análogos De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Nivel 1	QL (1 ML per 12 days)
IYUZEH (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.005 % (latanoprost/PF)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for a generic prostaglandin analog and Lumigan within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	Nivel 1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 % (bimatoprost)	Nivel 2	QL (2.5 ML per 25 days)
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.004 % (travoprost)	Nivel 3	QL (2.5 ML per 25 days)
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	Nivel 1	QL (2.5 ML per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 % (latanoprostene bunod)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for a generic prostaglandin analog and Lumigan within the past 365 days; QL (2.5 ML per 30 days)
XALATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.005 % (latanoprost)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XELPROS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, EMULSION 0.005 % (latanoprost)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for a generic prostaglandin analog and Lumigan within the past 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
ZIOPTAN (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.0015 % (tafluprost/PF)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
Oftálmico-Agentes Reductores De Presión Intraocular, Inhibidores De Quinasa De Rho - Drugs For Glaucoma		
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 % (netarsudil mesylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Latanoprost and one of the following: Alphagan P 0.1%, Azopt, Combigan, Lumigan 0.01%, Travatan Z, or Simbrinza within the past 365 days; QL (2.5 ML per 30 days)
Oftálmico-Presión Intraocular Reductor, Sel. Agonistas Alfa Adrenérgicos - Drugs For Glaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %, 0.15 % (brimonidine tartrate)	Nivel 3	
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IOPIDINE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1 % (apraclonidine HCl)	Nivel 3	
Ophthalmic - Adrenergic Receptor Agonist - Drugs For The Eye		
UPNEEQ (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (oxymetazoline HCl/PF)	Nivel 3	PA
Ophthalmic - Agents For Presbyopia - Drugs For The Eye		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1.25 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 30 days)
QLOSI OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.4 % (pilocarpine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Pilocarpine Ophthalmic solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
VIZZ OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1.44 % (aceclidine HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
VUITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.25 % (pilocarpine HCl)	Nivel 3	QL (10 ML per 30 days)
Peptic Ulcer - H. Pylori Agents - Drugs For The Eye		
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 % (cysteamine HCl)	Nivel 4	PA
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 % (cysteamine HCl)	Nivel 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vitamin Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (natamycin)	Nivel 3	
Vitamins - Bioflavonoids - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS..... 665, 804	ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS.....729, 805	ACTICOAT FLEX 3 DRESSING.....536
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....666, 804	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 692, 805	ACTICOAT FLEX 7 DRESSING.....536
2-IN-1 LANCET DEVICE 691, 804	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS..... 692, 805	ACTIFLOVIT.....310
2TEK CONTROL (HIGH- NORMAL).....691, 804	ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL.....692, 805	ACTI-LANCE LANCETS 692, 806
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE.....691, 726, 804	ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP.....729, 806	ACTIMMUNE..... 1
A.I.R.S. NEBULIZER REPLACEMENT.....776, 804	ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS.....692, 806	<i>activated charcoal</i> 47
A-25 (VIT A PALMITATE)....309	ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS.....692, 806	ACTIVELLA.....492
<i>abacavir</i> 22	ACCUPRIL.....247	ACTIVNUTRIENTS.....329
<i>abacavir-lamivudine</i> 19	ACCURETIC.....244	ACTIVNUTRIENTS (NO IRON).....329
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S.....329	Accutane.....630	ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE.....329
ABENOR.....608	ACCUTREND GLUCOSE CONTROL.....692, 806	ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN.....329
ABENOR HP.....608	ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS.....730, 806	ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE.....329
Abigale.....492	ACD SOLUTION A.....269	ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON).....329
Abigale Lo.....492	ACD-A.....269	ACTONEL.....496
ABILIFY.....385, 419	ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER.....776, 806	ACTOPLUS MET.....487
<i>abiraterone</i> 178, 182	<i>acebutolol</i> 250	ACTOS.....499
Abirtega.....178, 182	ACESO AG.....536	ACUICYN.....602
ABLYSINOL.....212	<i>acetaminophen-caff-</i> <i>dihydrocod</i> 127, 142	ACULAR.....995
ABRYSVO (PF).....351	<i>acetaminophen-codeine</i> 148	ACULAR LS.....995
ABSORICA LD.....629	<i>acetazolamide</i> 214	ACUVAIL (PF).....995
ACAI BERRY DIET.....960	<i>acetic acid</i> 790, 974	<i>acyclovir</i> 15, 529, 530
<i>acamprosate</i> 377	<i>acetylcysteine</i> 111, 207	ACZONE.....608
ACANYA.....618	ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND.....71	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....356
<i>acarbose</i> 499	ACIDOPHILUS-PECTIN.....58	ADAINZOXIA.....624
ACCOLATE.....105	<i>acidophilus-pectin, citrus</i> 71	<i>adalimumab-adaz</i> ..66, 117, 150
ACCRUFER.....298	ACIOXIA.....564	ADALINA.....535
ACCUCAINE KIT.....153, 563	ACIOXIAY.....608	<i>adapalene</i> 627
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN.....691, 804	ACIPHEX.....53	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> 624
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP.....729, 804	ACIPHEX SPRINKLE.....53	ADASUVE.....421
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM.....691, 804	<i>acitretin</i> 544	ADBRY.....539
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV.....691, 805	ACTEMRA.....144	ADCIRCA.....211
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER.....691, 805	ACTHAR.....476	Adderall.....391, 434, 444
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL.....691, 805	ACTHAR SELFJECT.....476	ADDERALL XR...434, 444, 445
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR.....691, 805	ACTICOAT 7 DRESSING...536	<i>adefovir</i> 36
	ACTICOAT DRESSING.....536	ADEINZDE.....621
		ADEK GUMMIES PLUS ZINC.....319
		ADEMPAS.....238
		ADENO-HYDROXO B12.....296
		ADERMICA.....621

ADERMICA HP	621	ADVOCATE PEN NEEDLE	666, 807	AFLURIA 2025-2026 (3YR UP)(PF)	363
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	692, 806	ADVOCATE REDI-CODE PLUS	692, 730, 808	AFLURIA 2025-2026 (6MO UP)	363
ADLARITY	969	ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L	692, 808	AFREZZA	515
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN	479	ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH	692, 808	AFSTYLA	266
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO	479	ADVOCATE SYRINGES	666, 808	AFTER PILL	184, 186
ADMIRAZOL	616	ADYNOVATE	266	AFTERA	184, 186
ADMIRAZOL HP	616	ADZENYS XR-ODT	434, 445	AGAMATRIX AMP TEST STRIPS	731, 810
ADTHYZA	508	AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM	776, 808	AGAMATRIX CONTROL SOLN-HIGH	693, 810
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH	330, 957	AEROCHAMBER MECHANICAL VENT ..	776, 808	AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORMAL	693, 810
ADULT 50 PLUS PROBIOTIC	71	AEROCHAMBER MINI	776, 808	AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORM-HI	693, 810
ADULT ASPIRIN REGIMEN	132, 263	AEROCHAMBER MV ..	776, 808	AGAMATRIX JAZZ TEST STRIPS	731, 810
ADULT LOW DOSE ASPIRIN	133, 263	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	776, 809	AGAMATRIX JAZZ WIRELESS 2 MNTR	693, 810
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES	330	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK	776, 809	AGAMATRIX PRESTO SYSTEM	693, 810
ADULTS 50 PLUS	330	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK	776, 809	AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS	731, 811
ADULTS MULTIVITAMIN	330	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK	776, 809	AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET	693, 811
ADVAIR DISKUS	113	AEROCHAMBER PLUS Z STAT	777, 809	AGAMREE	503
ADVAIR HFA	113	AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK	776, 809	AGRYLIN	272
ADVANCE PLUS INTERMITTENT	663, 807	AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK	776, 809	AIMOVIG AUTOINJECTOR	459
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT	569	AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK	776, 809	AIMSCO LATEX CONDOM	634, 811
ADVANCED ALL-IN-ONE METER	692, 807	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG	777, 809	AIRDUO RESPICLICK	114
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP	730, 807	AEROCHAMBER2GO	777, 809	AIRS ADULT AEROSOL MASK	777, 811
ADVANCED GLUCOSE METER	692, 807	AEROECLIPSE II NEBULIZER	640, 809	AIRS DISPOSABLE NEBULIZER	640, 811
ADVANCED HERBALS GINGER	960	AEROECLIPSE XL NEBULIZER	640, 809	AIRS PEDIATRIC DISPOSABLE MASK	631, 777, 811
ADVANCED LANCING DEVICE	692, 807	AERONEB GO	777, 809	AIRSUPRA	114
ADVANCED PROBIOTIC	71	AERONEB GO NEBULIZER	640, 809	AIRZONE PEAK FLOW METER	727, 811
ADVANCED SKIN CARE	566	AEROTRACH PLUS	777, 809	AJOVY AUTOINJECTOR	467
ADVANCED TRAVEL LANCETS	692, 807	AEROVENT PLUS	777, 809	AJOVY SYRINGE	467
ADVATE	266	AFINITOR	172	AKEEGA	154
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST	638, 807	AFINITOR DISPERZ	171	AKLIEF	627
ADVOCATE LANCET ..	692, 807	Afirmelle	187	AKTEN (PF)	999
ADVOCATE LANCING DEVICE	692, 807			AKYNZEO (NETUPITANT) ...	48
				Ala-Cort	569
				ALAMAX CR	957

ALAMAX PROTECT.....	957	ALIVE PREMIUM		<i>alogliptin-pioglitazone</i>	494
Ala-Scalp.....	569	PRENATAL.....	332	ALOMIRA.....	621
<i>albendazole</i>	2	ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		ALOMIRA HP.....	621
<i>albuterol sulfate</i> ... 107, 108, 109		COMPLETE.....	332	ALOMIRA LP.....	621
Alcaine.....	1009	ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		<i>alosetron</i>	41, 42
<i>alclometasone</i>	569	GUMMY.....	332	ALPHA BETIC.....	332
ALCORTIN A.....	554	ALIVE WOMEN'S ENERGY	332	<i>alpha lipoic acid</i>	957
ALDACTONE.....	234, 246	ALIVE WOMEN'S GUMMY		<i>alpha lipoic acid-biotin</i>	958
ALECENSA.....	163	VITAMIN.....	332	ALPHAGAN P.....	1012
<i>alendronate</i>	496	ALIVE WOMEN'S		ALPHANATE.....	266
ALFA-MAX ALFALFA.....	960	MULTIVITAMIN.....	332	ALPHANINE SD.....	270
ALFAMINO JUNIOR.....	326	ALIVE WOMEN'S ULTRA		<i>alprazolam</i>	423, 448, 449
ALFERON N.....	589	POTENCY.....	332	ALPRAZOLAM INTENSOL	
<i>alfuzosin</i>	973	ALIXI.....	617	.....	423, 448
ALHEMO PEN.....	251	ALIXI HP.....	617	ALPROLIX.....	270
ALIGN DUALBIOTIC.....	71	ALKALINE BATTERIES		ALREX.....	1001
ALINIA.....	2	.....	693, 811	ALTABAX.....	614
<i>aliskiren</i>	242	ALKALOL NASAL WASH....	103	ALTACAINE.....	1009
ALIVE ADULT ULTRA		ALKERAN.....	157	ALTACE.....	247
POTENCY.....	330	ALKINDI SPRINKLE.....	503	ALTAFLUOR BENOX 997, 1008	
ALIVE CALCIUM-VITAMIN		ALL FLOW 1000 KIT ...	777, 811	Altavera (28).....	188
D3.....	316	ALL FLOW 1000 PFT		ALTERA NEBULIZER	
ALIVE COMPLETE		FILTER.....	777, 811	HANDSET.....	640, 812
PREMIUM PRENATL.....	330	ALL FLOW 3000 KIT ...	777, 811	ALTERA NEBULIZER	
ALIVE DAILY ENERGY.....	330	ALL FLOW 3000 PFT		SYSTEM.....	640, 812
ALIVE DIABETIC		FILTER.....	777, 811	ALTERNATE SITE LANCET	
MULTIVITAMIN.....	330	ALL FLOW 4000 KIT ...	777, 811	.....	693, 812
ALIVE ENERGY 50 PLUS... 330		ALL FLOW 4000 PFT		ALTERNATE SITE	
ALIVE KIDS CHEWABLE... 349		FILTER.....	777, 811	LANCING DEVICE.....	693, 812
ALIVE KIDS MULTIVITAMIN		ALL FLOW 5000 KIT ...	777, 811	ALTOPREV.....	218
.....	349	ALL FLOW 5000 PFT		ALTRENO.....	627
ALIVE MAX POTENCY.....	330	FILTER.....	777, 811	ALTRIXA.....	319
ALIVE MAX6 POTENCY		ALL FLOW 6000 PFT		ALTRIXA OB.....	306
COMPLETE.....	331	FILTER.....	777, 811	ALTUVIIIIO.....	266
ALIVE MEN 50 PLUS		ALLERGIST TRAY 1/2 ML		<i>alum, ammonium (bulk)</i>	790
ULTRA-LUTEIN.....	331	27GX3/8".....	642, 812	ALUNBRIG.....	163
ALIVE MEN'S 50 PLUS		ALLERGIST TRAY		ALURIS.....	625
MULTIVIT.....	331	INTRADERMAL BEV ...	642, 812	ALURIS HP.....	624
ALIVE MEN'S 50 PLUS MV		ALLERGIST TRAY		ALURIS HP PLUS.....	624
(VIT K).....	331	REGULAR BEVEL.....	642, 812	ALURIS LP.....	624
ALIVE MEN'S 50 PLUS		ALLERGY SYRINGE... 642, 812		ALURIS LP PLUS.....	624
ULTRA.....	331	ALLEVYN ADHESIVE		ALURIS PLUS.....	625
ALIVE MEN'S ENERGY.....	331	DRESSING.....	537, 812	ALUXOF.....	622
ALIVE MEN'S GUMMY.....	331	ALLEVYN AG ADHESIVE... 537		ALUXOF HP.....	622
ALIVE MEN'S MAX3		ALLEVYN LIFE DRESSING		ALVAIZ.....	255
POTENCY.....	331	.....	537, 812	ALVESCO.....	97
ALIVE MEN'S ULTRA		<i>allopurinol</i>	967	<i>alvimopan</i>	206
POTENCY.....	331	<i>almotriptan malate</i>	463	ALVOX.....	628
ALIVE PREMIUM ADULT ... 331		<i>alogliptin</i>	516	ALVOX HP.....	627
		<i>alogliptin-metformin</i>	518	Alyacen 1/35 (28).....	188

Alyacen 7/7/7 (28).....	198	<i>anagrelide</i>	272	AQINJECT PEN NEEDLE	
ALYFTREK.....	106	Analpram-Hc.....	525	.....	666, 812
Alyq.....	211	ANALPRAM-HC.....	525, 600	AQNEURSA.....	985
<i>amantadine hcl</i>	457	ANAPROX DS.....	135	AQUA LANCE LANCING	
AMBIEN.....	416	ANASCORP.....	353	DEVICE.....	693, 812
AMBIEN CR.....	416	ANASPAZ.....	51, 977	AQUASTAT 0.9% SODIUM	
<i>ambrisentan</i>	239	ANASTIA.....	551	CHLORIDE.....	312
<i>amcinonide</i>	570	<i>anastrozole</i>	182	AQUASTAT SFR 0.9%	
AMELUZ.....	551	ANCOBON.....	15	SODIUM CHLOR.....	313
Amethia.....	201	ANDEMBRY		AQUORAL.....	369
Amethyst (28).....	188	AUTOINJECTOR.....	208	ARAKODA.....	17
AMICAR.....	262	ANDROGEL.....	483	ARALAST NP.....	109
AMIELLE VAGINAL		ANGELIQ.....	516	Aranelle (28).....	198
TRAINER.....	631, 812	ANNOVERA.....	185	ARANESP (IN	
<i>amiloride</i>	225	ANODYNE LPT.....	615	POLYSORBATE).....	257
<i>amiloride-</i>		ANORO ELLIPTA.....	112	ARAVA.....	144
<i>hydrochlorothiazide</i>	233	<i>anticoag citrate phos</i>		ARAZLO.....	628
<i>aminocaproic acid</i>	262	<i>dextrose</i>	269	ARBLI.....	216
<i>amiodarone</i>	216	ANTIOXIDANT FORMULA		ARCALYST.....	138
AMITIZA.....	42, 69	(SELENIUM).....	332, 958	ARESTIN.....	369
<i>amitriptyline</i>	430	ANUCORT-HC.....	524	AREXVY (PF).....	351
<i>amitriptyline-</i>		ANUSOL-HC.....	524	<i>arformoterol</i>	107
<i>chlordiazepoxide</i>	410, 423	Anusol-Hc.....	524, 570	<i>arginine (l-arginine)</i>	277
AMLACTIN.....	568	ANZUPGO.....	539	<i>arginine hcl (l-arginine)</i>	277
<i>amlodipine</i>	228	APADAZ.....	127	ARGYLE TRACHEOSTOMY	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	240	Apexicon E.....	570	CARE TRAY.....	631, 812
<i>amlodipine-benazepril</i>	244	APEXOL.....	618	ARICEPT.....	969
<i>amlodipine-olmesartan</i>	241	APEXOL HP.....	618	ARIKAYCE.....	5
<i>amlodipine-valsartan</i>	241	APHORIA.....	625	ARIMIDEX.....	182
<i>amlodipine-valsartan-</i>		APIDRA SOLOSTAR U-100		<i>aripiprazole</i>	385, 419, 420
<i>hcthiazid</i>	227	INSULIN.....	479	ARIXTRA.....	264, 265
<i>ammonium lactate</i>	568	APIDRA U-100 INSULIN....	480	<i>armodafinil</i>	390
Amnesteem.....	630	APLENZIN.....	411	ARMOUR THYROID.....	508
<i>amoxapine</i>	430	APLIGRAF.....	616	ARNUITY ELLIPTA.....	97
<i>amoxicil-clarithromy-</i>		APOGEE IC INTERMIT		AROMASIN.....	182
<i>lansopraz</i>	57	CATHETER.....	663, 812	ARTHROTEC 50.....	131
<i>amoxicillin</i>	4	APOGEE PLUS INTERMITT		ARTHROTEC 75.....	131
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	6	CATHETER.....	663, 812	ARTICHOKE PREMIUM	
<i>amphetamine</i>	434, 445	APOKYN.....	457	EXTRACT.....	960
<i>amphetamine sulfate</i>		<i>apomorphine</i>	457	ARTILIS.....	618
.....	391, 413, 434	APORIX.....	609, 617	ARTILIS HP.....	618
<i>ampicillin</i>	4	<i>apraclonidine</i>	1012	ARTISS.....	541
AM-PM MENOPAUSE		<i>aprepitant</i>	44	Ascomp With Codeine.....	148
FORMULA.....	960	APRETUDE.....	23	ASCOR.....	304
AMPYRA.....	521	Apri.....	188	<i>ascorbate sodium (vitamin c)</i>	
AMVISC.....	998	APRISO.....	39	.....	304
AMVISC PLUS.....	998	APTENSIO XR.....	435	<i>ascorbic acid (vitamin c)</i>	
AMZEEQ.....	609	APTIOM.....	400	.....	304, 305
ANACAINE.....	569	APTIVUS.....	31	<i>ascorbic acid(vitamin</i>	
ANAFRANIL.....	430			<i>c)(bulk)</i>	305, 790

<i>ascorbic acid-ascorbate sodium</i>	305	ATACAND HCT.....	230	AUTOLET LITE.....	694, 815
<i>ascorbic acid-zinc oxide</i>	305	<i>atazanavir</i>	31	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS.....	666, 815
<i>asenapine maleate</i>	385, 417	ATELVIA.....	496	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS.....	667, 815
Ashlyna.....	201	<i>atenolol</i>	232	AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	667, 815
<i>ashwagandha extract</i>	960	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	226	AUTOSOFT 30.....	772, 815
<i>ashwagandha root extract</i> ...	960	ATIVAN.....	423, 449	AUTOSOFT 90.....	772, 815
ASHWAGANDHA ROOT LEAF EXTRACT.....	960	<i>atomoxetine</i>	469	AUTOSOFT XC INFUSION SET 23".....	773, 815
ASMANEX HFA.....	97	ATORVALIQ.....	218	AUTOSOFT XC INFUSION SET 32".....	773, 815
ASMANEX TWISTHALER.....	98	<i>atorvastatin</i>	218	AUTOSOFT XC INFUSION SET 43".....	773, 815
<i>aspirin</i>	133, 264	<i>atovaquone</i>	34	AUVELITY.....	413
ASPIRIN CHILDRENS.....	133, 263	<i>atovaquone-proguanil</i>	30	AUVI-Q.....	249
<i>aspirin-dipyridamole</i>	273	ATRALIN.....	628	AVALIDE.....	230
ASPRUZYO SPRINKLE.....	242	ATRAPRO.....	960	AVAPRO.....	216
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION.....	693, 813	ATRAPRO CP.....	590	AVAR.....	618
ASSURE 4 STRIPS.....	732, 813	ATRAPRO DERMAL SPRAY.....	535, 792	AVAR LS.....	618
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL.....	693, 813	ATRAPRO HYDROGEL.....	590	AVEIDA.....	596
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL.....	693, 813	ATROPEN.....	214	AVEIDAOXIA.....	596
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL.....	666, 813	<i>atropine</i>	999	AVENOVA.....	602
ASSURE ID PEN NEEDLE.....	666, 813	<i>atropine sulfate (pf)</i>	999	AVERI.....	188
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE.....	666, 813	ATROVENT HFA.....	95	Aviane.....	188
ASSURE LANCE.....	693, 813	ATTRUBY.....	474	AVIDORA.....	622
ASSURE LANCE PLUS.....	693, 813	AUBAGIO.....	521	AVIDORA HP.....	622
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER.....	693, 813	Aubra.....	188	Avidoxy.....	8
ASSURE PLATINUM TEST STRIP.....	732, 814	Aubra Eq.....	188	AVIDOXY DK.....	27
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN.....	693, 814	AUGMENTIN.....	6	AVITA.....	628
ASSURE PRISM MULTI METER.....	694, 814	AUGMENTIN ES-600.....	6	AVITENE.....	252
ASSURE PRISM MULTI STRIP.....	732, 814	AUGMENTIN XR.....	7	AVITENE FLOUR.....	252
ASTAGRAF XL.....	378	AUGTYRO.....	166	AVMAPKI-FAKZYNJA.....	155
ASTERO.....	551	AUGUSTIL.....	622	AVO CREAM.....	590
ASTHMA CHECK METER.....	728, 814	AURA PORTANEB.....	640, 814	AVODART.....	972
ASTHMAPACK CHILDREN'S.....	728, 814	<i>auranofin</i>	146	AVONEX.....	521
<i>astragalus root</i>	960	Aurovela 1.5/30 (21).....	188	AWANIS.....	622
ASTRINGYN.....	252	Aurovela 1/20 (21).....	188	Ayuna.....	189
ATACAND.....	216	Aurovela 24 Fe.....	188	AYVAKIT.....	166
		Aurovela Fe 1.5/30 (28).....	188	AZALTA.....	625
		Aurovela Fe 1-20 (28).....	188	AZALTA HP.....	625
		AURUMHEEL.....	372	Azasan.....	139, 379
		AURYXIA.....	298, 980, 982	AZASITE.....	992
		AUSTEDO.....	461, 468, 469	<i>azathioprine</i>	139, 379
		AUSTEDO XR.....	461, 468, 469	<i>azelaic acid</i>	596, 609
		AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	461, 468, 469	<i>azelastine</i>	103, 1000
		AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE.....	666, 814	<i>azelastine-fluticasone</i>	91
		AUTO-LANCET MINI.....	694, 814	AZELEX.....	597, 609
		AUTOLET IMPRESSION LANC DEV.....	694, 815	AZESCO.....	306
		AUTOLET LANCING DEVICE.....	694, 815		

AZILECT.....	426	BAQSIMI.....	475	BD POSIFLUSH NORMAL	
<i>azithromycin</i>	13	BARACLUDE.....	36	SALINE 0.9.....	313
AZO BORIC ACID.....	794	BARIATRIC		BD PRECISIONGLIDE 645, 818	
AZO COMPLETE		MULTIVITAMINS.....	332	BD SAFETYGLIDE	
FEMININE BALANCE.....	71	BARRIGEL.....	727	ALLERGIST TRAY.....	645, 818
AZO CRANBERRY PLUS		BASADROX.....	554	BD SAFETYGLIDE INSULIN	
PROBIOTIC.....	961	BASAGLAR KWIKPEN U-		SYRINGE.....	667, 818
AZO CRANBERRY PLUS		100 INSULIN.....	478	BD SAFETYGLIDE NEEDLE	
VIT C.....	961	BASAGLAR TEMPO		.....	645, 818
AZO DUAL PROTECTION....	71	PEN(U-100)INSLN.....	478	BD SAFETYGLIDE	
AZO MENOPAUSE NIGHT-		BATIZIA.....	555	SHIELDING REG 645, 818, 819	
MELATONIN.....	452	BAXDELA.....	7	BD SAFETYGLIDE	
AZO VAGINAL HEALTH		BAXONIL.....	597	SYRINGE.....	645, 667, 819
PROBIOTIC.....	71	BAYER ASPIRIN.....	133, 264	BD SAFETYGLIDE TB REG	
AZOPT.....	1010	BAYER LOW DOSE		BEVEL.....	645, 819
AZOR.....	241	ASPIRIN.....	133, 264	BD SAFETYGLIDE	
AZSTARYS.....	435	B-COMPLEX INJECTION...	348	TUBERCULIN.....	645, 819
AZULFIDINE.....	39, 145	B-COMPLEX PLUS B-12....	347	BD SAF-T-INTIMA.....	641, 819
AZULFIDINE EN-TABS. 39, 144		<i>b-complex with vitamin c</i>	274	BD SLIP TIP SYRINGE	
Azurette (28).....	201	BD ALLERGIST TRAY REG		.....	645, 646, 819
B ACTIV.....	273	BEVEL.....	642, 815	B-D SLIP TIP SYRINGE	
B COMPLEX 100.....	348	BD ALLERGY SYRINGE		.....	645, 819
<i>b complex-vitamin c-folic</i>		.....	642, 815	BD SPECIALTY USE	
<i>acid</i>	273	BD BLUNT PLASTIC		NEEDLES.....	646, 819
B-100 COMPLEX.....	273	CANNULA.....	643, 816	BD SYRINGE.....	646, 820
B12.....	296	BD BULK SYRINGE SLIP		BD SYRINGE CATH TIP	
B12 ACTIVE.....	296	TIP.....	643, 816	NONSTERILE.....	646, 819
B-50 COMPLEX WITH		BD ECCENTRIC TIP		BD SYRINGE CATHETER	
INOSITOL.....	274	SYRINGE.....	643, 816	TIP.....	646, 820
BABY COUGH.....	957	BD ECLIPSE LUER-LOK		BD SYRINGE LUER-LOK	
BABY COUGH-MUCUS.....	957	.....	643, 667, 816	NONSTERILE.....	646, 820
BACICAP.....	71	BD FILTER NEEDLE-5		BD SYRINGE LUER-LOK	
BACID WITH		MICRON.....	643, 816	STERILE.....	646, 820
LACTOSPORE.....	72	BD INSYTE AUTOGUARD		BD SYRINGE SLIP TIP	
<i>bacitracin</i>	992	.....	641, 816	NONSTERILE.....	646, 820
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	994	BD INTEGRA SYRINGE		BD SYRINGE-DUAL	
<i>baclofen</i>	800	.....	643, 816	CANNULA.....	647, 820
BACTRIM.....	4	BD INTERLINK BLUNT		BD TUBERCULIN SLIP-TIP	
BACTRIM DS.....	4	PLASTIC CAN.....	643, 817	.....	647, 820
BAFIERTAM.....	523	BD INTERLINK SYRINGE		BD TUBERCULIN SYRINGE	
BAL-CARE DHA.....	278	.....	643, 817	.....	647, 821
BAL-CARE DHA		BD LUER-LOK BULK		BD VERITOR SARS-COV-2,	
ESSENTIAL.....	278	SYRINGE.....	644, 817	FLU A-B.....	638, 821
BALCOLTRA.....	189	BD LUER-LOK SYRINGE		BD VERITOR SYSTEM	
<i>balsalazide</i>	39	.....	644, 817, 818	SARS-COV-2.....	638, 821
<i>balsam peru-castor oil</i> . 533, 534		BD LUER-LOK TIP		BEANAID.....	47
BALVERSA.....	161	CONTROL SYRING....	644, 818	BEANO.....	47
Balziva (28).....	189	BD MICROTAINER		BELBUCA.....	147
BANATROL PLUS.....	89	LANCET.....	694, 818		
BANZEL.....	406				

<i>belladonna alkaloids-opium</i>	47, 48	BEST FIBER.....	59	BIGFOOT UNITY PEN CAP-	
BELSOMRA.....	422	<i>beta carotene</i>	309	TOUJEOMX.....	632, 822
<i>benazepril</i>	247	BETADINE OPHTHALMIC		BIGFOOT UNITY PEN CAP-	
<i>benazepril-</i>		PREP.....	993	TRESIBA.....	632, 822
<i>hydrochlorothiazide</i>	244	<i>betaine</i>	989	BIJUVA.....	492
BENEFIBER (INULIN-CORN		BETALOAN SUIK.....	495	BIKTARVY.....	33
FIBER).....	58	<i>betamethasone dipropionate</i>		BILAC.....	72
BENEFIBER (WHEAT		.....	570	BILTRICIDE.....	2
DEXTRIN).....	58	<i>betamethasone valerate</i>		<i>bimatoprost</i>	1011
BENEFIBER ADVANCED.....	72	.....	570, 571	BIMZELX.....	533
BENEFIBER CLEAR SF		<i>betamethasone, augmented</i>	571	BIMZELX AUTOINJECTOR	532
(DEXTRIN).....	59	BETAPACE.....	239, 243	BINAXNOW COVD AG	
BENEFIBER DUAL ACTION.	72	BETAPACE AF.....	239, 243	CARD HOME TST.....	638, 822
BENEFIBER DUAL		BETASERON.....	521	BINAXNOW COVID-19 AG	
ACTION-THEANINE.....	72	<i>betaxolol</i>	232, 997	CARD.....	638, 822
BENEFIBER SUGAR FREE		<i>bethanechol chloride</i>	984	BINAXNOW COVID-19 AG	
(DEXTRIN).....	59	BETHKIS.....	105	SELF TEST.....	638, 822
BENEFIBER SUGAR FREE		BETIMOL.....	997	BINOSTO.....	496
(INULIN).....	59	BETOPTIC S.....	997	BIO C 1:1.....	310
BENEFIX.....	270	BEVESPI AEROSPHERE...	113	BIOLON.....	998
<i>benfotiamine</i>	304	BEVITROL.....	69	BIOLYTE.....	314
BENICAR.....	216	<i>bexarotene</i>	181, 551	BIOMEPRO.....	72
BENICAR HCT.....	230	BEXSERO.....	361	BIONIME RIGHTEST	
BENLYSTA.....	145	BEYAZ.....	189	GM300 SYSTEM.....	694, 822
BENTIVITE BX.....	300	BEYFORTUS.....	351	BIONIME RIGHTEST TEST	
BENZAMYCIN.....	618	<i>bicalutamide</i>	183	STRIPS.....	733, 822
BENZEPRO.....	626	BIDIL.....	232	BIOPETIT.....	274
BENZEPRO		BIGFOOT UNITY.....	694, 821	BIOSTEP.....	537, 822
(MICROSPHERES).....	626	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BIOSTEP AG.....	537
<i>benzhydrocodone-</i>		ADMELOG.....	631, 821	BIOTEL CARE BGM-4	
<i>acetaminophen</i>	128	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		METER.....	694, 823
<i>benznidazole</i>	32	APIDRA.....	631, 821	<i>biotin</i>	309
BENZODOX 30.....	27	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BIOTINEX.....	72
BENZODOX 60.....	28	ASPART.....	632, 821	BIOZEN.....	72
<i>benzoin (bulk)</i>	594, 790	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>bismuth subcit k-metronidz-</i>	
<i>benzonatate</i>	95	BASAGLAR.....	632, 821	<i>tcn</i>	56
<i>benzoyl peroxide</i>	626	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>bisoprolol fumarate</i>	232
<i>benztropine</i>	460	FIASP.....	632, 821	<i>bisoprolol-</i>	
<i>bepotastine besilate</i>	1000	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>hydrochlorothiazide</i>	226
BEPREVE.....	1000	HUMALOG.....	632, 821	<i>bitter melon extract</i>	961
<i>berberine chloride</i>	5	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>black cohosh</i>	961
BERBERINE ES-5.....	5	LANTUS.....	632, 821	<i>black walnut hull</i>	961
BERGACOR.....	961	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BLANCHE.....	544
BERGACOR PLUS.....	961	LISPRO.....	632, 821	BLEPHAMIDE S.O.P.....	1006
BERINERT.....	254	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		Blisovi 24 Fe.....	189
Beser.....	570	LYUMJEV.....	632, 822	Blisovi Fe 1.5/30 (28).....	189
BESER KIT.....	567	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		Blisovi Fe 1/20 (28).....	189
BESIVANCE.....	991	NOVOLOG.....	632, 822	<i>blood glucose contrl</i>	
BESREMI.....	173	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>hi,normal</i>	694, 823
		TOUJEO.....	632, 822		

<i>blood glucose control, normal</i>	694, 823	BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD	778, 824	<i>buprenorphine-naloxone</i>	376
BLOOD GLUCOSE MONITORING	694, 823	BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER	778, 824	<i>bupropion hcl</i>	411
BLOOD GLUCOSE TEST	733, 823	BREATHERITE VALVED MDI SPACER	778, 824	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	376
<i>blood-glucose meter</i>	694, 823	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW	695, 825	<i>buspirone</i>	433
BLULINK BG SYSTEM REFILL	695, 823	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML	695, 825	<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>	149
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE	695, 823	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION,HIGH	695, 825	<i>butalbital-acetaminophen</i>	146
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM....	695, 823	BRENZAVVY	485	<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	146
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP	733, 824	BREO ELLIPTA	114	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	143
<i>blunt needle, disposable</i>	647, 824	BREXAFEMME	14, 15	<i>butorphanol</i>	147
BONEUP	290	Breyna	114	BUTRANS	147
BONEUP (CALCIUM ASCORBATE)	290	BREZTRI AEROSPHERE	99	BUTTERFLY TOUCH LANCET	695, 825
BONJESTA	68	Briellyn	189	<i>butylated hydroxytoluene</i>	787
BONSITY	474	BRILINTA	263	BYDUREON BCISE	489
BOOST GLUCOSE CONTROL	326	<i>brimonidine</i>	597, 1012	BYLVAY	116
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT	333	<i>brimonidine-dorzolamide</i>	993	BYSTOLIC	232
BOOSTRIX TDAP	356	<i>brimonidine-dorzolamide (pf)</i>	992	<i>cabergoline</i>	512
BORON COMPLEX	319	<i>brimonidine-dorzol-</i> <i>bimatoprost</i>	990	CABLIV	254
<i>bosentan</i>	239	<i>brimonidine-timolol</i>	1008	CABOMETYX	180
BOSULIF	166	BRINSUPRI	90	CABTREO	622
<i>boswellia serrata extract</i>	961	<i>brinzolamide</i>	1010	<i>ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor</i>	290
BOWEL SUPPORT-IRRITABLE BOWEL	961	BRIVIACT	446	<i>ca-d3-mag-zinc-cop-mang-bor</i>	290
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T	637, 824	Bromfed Dm	97	CADEAU DHA	278
BP 10-1	618	<i>bromfenac</i>	996	CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT	727
BP MANAGER	961	<i>bromocriptine</i>	459	CADUET	240
BPCO	534	<i>brompheniramine-pseudoeph-dm</i>	97	<i>caffeine</i>	447
BPO	626	BROMSITE	996	<i>caffeine citrate</i>	447
BRAFTOVI	170	BRONCHIAL SOOTHE	961	<i>calc carb-mag ox-d3-zinc gluc</i>	290
BREATHERITE MDI SPACER	777, 824	BRONCHITOL	90	<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan</i>	290
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO	777, 824	BROVANA	107	<i>calcipotriene</i>	547, 548
BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT	777, 824	BRUKINSA	156, 166	<i>calcipotriene-betamethasone</i>	605
BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD	778, 824	BRYHALI	547, 571	<i>calcitonin (salmon)</i>	497, 498
BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT	778, 824	BUCAPSOL	433	<i>calcitriol</i>	275, 548, 986
		<i>budesonide</i>	70, 98	<i>calcium acetate</i>	289
		<i>budesonide-formoterol</i>	114	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	972, 981
		BUFFERED C POWDER....	305	<i>calcium carb, citrate, malate</i>	289
		BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	695, 825	<i>calcium carb-d3-mag ox-zinc ox</i>	290
		<i>bumetanide</i>	214	<i>calcium carb-mag ox-zinc sulf</i>	290
		BUPHENYL	988		
		<i>buprenorphine</i>	147		
		<i>buprenorphine hcl</i>	147, 376		

<i>calcium carbonate</i>	289	CARAFATE	89	CARESENS N VOICE .	696, 826
<i>calcium carbonate-vitamin</i>		CARBAGLU	987	CARESTART COVID-19 AG	
<i>d3</i>	316, 317	<i>carbamazepine</i>	387, 400	HOME TST.....	638, 826
<i>calcium citrate</i>	289	CARBATROL.....	387, 400	CARETOUCH CONTROL	
<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	317	<i>carbidopa</i>	459	SOLN L2-L3	696, 827
<i>calcium no.38-d3-mag-boron</i>		<i>carbidopa-levodopa</i>	455, 456	CARETOUCH GLUCOSE	
.....	290	<i>carbidopa-levodopa-</i>		MONITORING	696, 827
<i>calcium pantothenate</i>	303	<i>entacapone</i>	417	CARETOUCH INSULIN	
<i>calcium phos-d3-</i>		<i>carbinoxamine maleate</i> .	93, 100	SYRINGE.....	667, 668, 827
<i>magnesium-zinc</i>	290	Carbzah.....	93, 100	CARETOUCH LANCING	
<i>calcium phosphate-vitamin</i>		CARDIZEM.....	227	DEVICE.....	696, 827
<i>d3</i>	317	CARDIZEM CD.....	227	CARETOUCH LUER LOCK	
<i>calcium-d3-zinc-copper-</i>		CARDIZEM LA.....	227	SYRINGE.....	648, 827
<i>mangan</i>	290	CARDURA.....	248	CARETOUCH LUER LOCK	
<i>calcium-vitamin d3-vitamin k</i>	290	CARDURA XL.....	248	SYR-NEEDLE.....	648, 827
CALMAID	961	CAREFINE PEN NEEDLE		CARETOUCH LUER SLIP	
CALQUENCE		.....	667, 825	SYRINGE.....	648, 827, 828
(ACALABRUTINIB MAL)		CAREONE LANCING		CARETOUCH PEN	
.....	156, 166	DEVICE.....	695, 825	NEEDLE.....	668, 828
CALTRATE 600 PLUS D.....	317	CAREONE ULTRA THIN		CARETOUCH SAFETY	
CALTRATE GUMMY BITES	317	LANCET.....	695, 825	LANCETS.....	696, 828
CALTRATE-D3 PLUS		CAREPOINT LUER LOCK		CARETOUCH TEST STRIP	
MINERALS.....	291	SYRINGE.....	647, 825	.....	734, 828
Camila.....	187	CAREPOINT LUER LOCK		CARETOUCH TWIST	
CAMRESE.....	201	SYR-NEEDLE.....	647, 825	LANCET.....	696, 828
CAMRESE LO.....	201	CAREPOINT LUER SLIP		<i>carglumic acid</i>	988
CAMZYOS.....	231	SYRINGE.....	647, 825	<i>carisoprodol</i>	801
CANASA.....	39	CAREPOINT LUER SLIP		<i>carisoprodol-aspirin</i>	799
<i>candesartan</i>	217	SYRING-NDL.....	647, 825	<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i>	
<i>candesartan-</i>		CAREPOINT PRECISION		.....	799, 800
<i>hydrochlorothiazid</i>	230	LUER LOCK.....	647, 825	CARNITEX.....	307
CANDICIDAL.....	961	CAREPOINT PRECISION		CARNITOR.....	990
<i>cantharidin in acetone</i>	541	NEEDLE.....	647, 826	CARNITOR (SUGAR-FREE)	
CANTHARIS		CAREPOINT PRECISION		.....	990
COMPOSITUM.....	372	SAFETY.....	648, 826	CAROSPIR.....	234, 246
<i>capecitabine</i>	159	CAREPOINT SAFETY LL		CARRASYN HYDROGEL	
CAPEX.....	571	SYR-NEEDLE.....	648, 826	WOUND DRESS.....	537, 828
CAPHOSOL.....	369	CARESENS CONTROL A		<i>carteolol</i>	998
CAPLYTA.....	421	AND B.....	695, 826	Cartia Xt.....	227
CAPRELSA.....	166	CARESENS LANCETS		<i>carvedilol</i>	230
CAPSFENAC PAK.....	611	.....	695, 826	<i>carvedilol phosphate</i>	230
CAPSINAC.....	611	CARESENS N.....	695, 826	<i>cascara sagrada</i>	88
CAPSUBLEND-H.....	788	CARESENS N FELIZ BT		CASODEX.....	183
CAPSULE #3		GLUC METER.....	696, 826	CATAPRES-TTS-1.....	212
(HYPROMELLOSE).....	788	CARESENS N FELIZ		CATAPRES-TTS-2.....	213
<i>captopril</i>	247	GLUCOSE METER.....	696, 826	CATAPRES-TTS-3.....	213
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>		CARESENS N PLUS BT		CAYA CONTOURED...	636, 828
.....	245	.....	696, 826	CAYSTON.....	106
CAPVAXIVE.....	353	CARESENS N TEST		Caziant (28).....	198
CARAC.....	601	STRIPS.....	734, 826	<i>cefaclor</i>	25

<i>cefadroxil</i>	24	CENTURY ADULT		CHILDREN'S ASPIRIN	133, 264
CEFALY.....	632, 828	FORMULA.....	334	CHILDRENS CHEWABLE	
<i>cefdinir</i>	25	CENTURY MATURE.....	335	PROBIOTIC.....	72
<i>cefixime</i>	25	<i>cephalexin</i>	24	CHILDREN'S DAILY	
<i>cefpodoxime</i>	25	CEQUA.....	1004	PROBIOTIC.....	73
<i>cefprozil</i>	25	CEQUR SIMPLICITY...722, 829		CHILDRENS FIBER	
<i>cefuroxime axetil</i>	25	CEQUR SIMPLICITY		GUMMY BEAR.....	59
CELACYN.....	590, 785	INSERTER.....	696, 829	CHILDREN'S MELATONIN.	454
CELEBREX.....	132	CERACADE.....	590	CHILDREN'S	
<i>celecoxib</i>	132	CERAMAX.....	590	MULTIVITAMIN.....	293, 349
CELEXA.....	450	<i>ceramides 1,3,6-ii</i>	603	CHILDREN'S	
CELLCEPT.....	139, 380	CERASPORT ENDURANCE		MULTIVITAMIN GUMMY....	349
CELLPAD.....	785, 828	.....	314	CHILDREN'S PROBIOTIC....	73
<i>cellulose (bulk)</i>	788	CERASPORT EX1.....	314	CHILDREN'S SLEEP	
CELONTIN.....	412	CERASPORT PLUS.....	314	(MELATONIN).....	454
CEM-UREA.....	541	CERAVE.....	603	CHLOHUX.....	564
CENTANY.....	555	CERAVE AM.....	595	CHLOOXIA.....	564
CENTANY AT.....	555	CERAVE DAILY		<i>chlordiazepoxide hcl</i>	423, 449
CENTRUM.....	320, 334	MOISTURIZING.....	603	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	
CENTRUM ADULT 50 PLUS		CERAVE FOAMING FACIAL		.....	46, 48, 423
.....	333	.....	603	<i>chlorhexidine gluconate</i>	370
CENTRUM ADULTS.....	333	CERAVE PM.....	603	<i>chloroquine phosphate</i>	17
CENTRUM CHEWABLES...	333	CERAVE SA.....	603	<i>chlorpromazine</i>	421
CENTRUM KIDS		CERAVE SA (WITH		<i>chlorthalidone</i>	234
MULTIGUMMY.....	349	NIACINAMIDE).....	603	<i>chlorzoxazone</i>	801
CENTRUM MENOPAUSE		CERDELGA.....	989	CHOICE DM CLARUS	
MULTIVITAMIN.....	333	CERTAVITE SENIOR.....	335	NORM CONTROL.....	696, 829
CENTRUM MINIS ADULTS		CERTAVITE-ANTIOXIDANT		CHOICEDM CLARUS	
50 PLUS.....	333	.....	320	.....	696, 734, 829
CENTRUM MINIS MEN 50		CERVIDIL.....	498	CHOLBAM.....	48
PLUS.....	333	CETACAINE.....	615	CHOLECAL DF.....	310
CENTRUM MINIS WOMEN		CETAPHIL GENTLE SKIN		<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i>	
50 PLUS.....	333	CLEANSER.....	603	.....	275, 276
CENTRUM MULTI MENTAL		<i>cetirizine</i>	94, 110	<i>cholestyramine (with sugar)</i> .	215
FOCUS.....	333	CETRAXAL.....	790	Cholestyramine Light.....	215
CENTRUM MULTI PLUS		<i>cetrorelix</i>	516	<i>choline bitartrate</i>	211
BEAUTY.....	334	CETROTIDE.....	516	<i>choline,magnesium</i>	
CENTRUM MULTI PLUS		<i>cevimeline</i>	368	<i>salicylate</i>	143
OMEGA-3.....	334	<i>chamomile flower</i>	961	<i>chorionic gonadotropin,</i>	
CENTRUM		Charlotte 24 Fe.....	189	<i>human</i>	507
MULTIGUMMIES MEN.....	334	<i>chaste tree fruit</i>	961	CHOSEN LANCET.....	696, 829
CENTRUM		Chateal Eq (28).....	189	CHOSEN LANCING	
MULTIGUMMIES WOMEN.	334	CHEMET.....	205	DEVICE.....	696, 829
CENTRUM POSTNATAL....	334	CHEMSTRIP BG LOG		CHOSEN SAFETY LANCET	
CENTRUM PRENATAL.....	334	BOOK.....	696, 829	.....	696, 829
CENTRUM SILVER.....	334	CHENODAL.....	43, 115	<i>chromium nicotinate</i>	319
CENTRUM WOMEN.....	320	CHEST RUB (WITH PINE		<i>chromium picolinate</i>	319
CENTRUM WOMEN		OIL).....	608	CIALIS.....	472, 984
IMMUNE MINIS.....	334	CHILD PROBIOTIC		CIBINQO.....	539
CENTURY.....	320	DIGEST-IMMUNE.....	72	CICASIL.....	785, 829

CICATRACE PAD.....	785, 829	CLEANSING WASH....	597, 618	CLEVER CHOICE TALK	
Ciclodan.....	613	CLEAR FIBER.....	59	TEST	735, 831
CICLODAN KIT.....	613	<i>clemastine</i>	93, 94, 100, 101	CLEVER CHOICE TEST	
<i>ciclopirox</i>	613, 614	Clemasz.....	94, 101	STRIPS.....	736, 832
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-</i>		Clemsza.....	94, 101	CLEVER CHOICE VOICE	
<i>euc</i>	614	CLENPIQ.....	63	PLUS TEST.....	736, 832
<i>cilostazol</i>	263	CLEOCIN.....	794	CLEVER CHOICE	
CILOXAN.....	991	CLEOCIN HCL.....	32	WHISPER AIRE PED..	778, 832
CIMDUO.....	20	Cleocin Pediatric.....	32	CLICKFINE PEN NEEDLE	
<i>cimetidine</i>	53	CLEOCIN T.....	609	.....	668, 832
<i>cimetidine hcl</i>	53	CLEVER CHEK BLOOD		CLIMARA.....	499
CIMZIA.....	67, 117, 150	GLUCOSE.....	696, 829	CLIMARA PRO.....	492
CIMZIA POWDER FOR		CLEVER CHEK BLOOD		Clindacin.....	610
RECONST.....	66, 117, 150	GLUCOSE SYST.....	696, 829	Clindacin Etz.....	609
CIMZIA STARTER KIT		CLEVER CHEK LANCETS		CLINDACIN ETZ.....	617
.....	67, 117, 150	.....	697, 829	Clindacin P.....	610
<i>cinacalcet</i>	494	CLEVER CHOICE BLOOD		CLINDACIN PAC.....	617
<i>cinnamon bark</i>	961	GLUC SYS.....	697, 830	CLINDAGEL.....	610
<i>cinnamon bark extract</i>	961	CLEVER CHOICE		<i>clindamycin hcl</i>	32
CINRYZE.....	254	CHAMBER-LRG MASK		<i>clindamycin palmitate hcl</i>	32
CIPRO.....	7	.....	778, 830	Clindamycin Pediatric.....	32
CIPRO HC.....	791	CLEVER CHOICE		<i>clindamycin phosphate</i>	610, 794
<i>ciprofloxacin</i>	7	CHAMBER-MED MASK		<i>clindamycin-benzoyl</i>	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	7, 791, 991	.....	778, 830	<i>peroxide</i>	618, 619
<i>ciprofloxacin-</i>		CLEVER CHOICE		<i>clindamycin-tretinoin</i>	622
<i>dexamethasone</i>	791	CHAMBER-SM MASK.	778, 830	CLINDESSE.....	794
<i>ciprofloxacin-fluocinolone</i>	791	CLEVER CHOICE		CLINITEST COVID-19	
<i>citalopram</i>	450	GLUCOSE MONITOR.	697, 830	HOME TEST.....	638, 832
CITRANATAL (DUAL-IRON)		CLEVER CHOICE LEVEL 1		CLINPRO 5000.....	370
.....	278	CONTROL.....	697, 830	<i>clobazam</i>	423, 427
CITRANATAL 90 DHA		CLEVER CHOICE LEVEL 2		<i>clobetasol..</i>	548, 571, 572, 1001
(ALGAL OIL).....	278	CONTROL.....	697, 830	<i>clobetasol-emollient</i>	572
CITRANATAL ASSURE.....	278	CLEVER CHOICE LEVEL 3		CLOBEX.....	572
CITRANATAL BLOOM.....	301	CONTROL.....	697, 830	CLOBEZIN.....	558
CITRANATAL DHA (ALGAL		CLEVER CHOICE MICRO		<i>clocortolone pivalate</i>	573
OIL).....	278	.....	697, 830	Clodan.....	573
CITRANATAL HARMONY		CLEVER CHOICE MICRO		CLODAN KIT.....	532
(IRON FUM).....	278	TEST STRIP.....	735, 830	Clomid.....	512
CITRANATAL MEDLEY.....	335	CLEVER CHOICE NEB KIT-		<i>clomiphene citrate</i>	512
CITRATABS.....	974	ADULT.....	778, 830	<i>clomipramine</i>	430
CITRULLINE 1000.....	277	CLEVER CHOICE NEB KIT-		<i>clonazepam</i>	424, 427, 449
CLAIRVEE.....	73	CHILD.....	778, 830	<i>clonidine</i>	213
Claravis.....	630	CLEVER CHOICE		<i>clonidine hcl</i>	213, 432
CLARINEX.....	95, 110	NEBULIZER.....	778, 831	<i>clopidogrel</i>	263
CLARINEX-D 12 HOUR.....	93	CLEVER CHOICE PEAK		<i>clorazepate dipotassium</i>	
<i>clarithromycin</i>	13	FLOW METER.....	728, 831	.....	424, 449
CLEANSING EYELID		CLEVER CHOICE PRO		<i>clotrimazole</i>	367, 606
MOIST PADS.....	602	.....	697, 735, 831	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	558
CLEANSING EYELID		CLEVER CHOICE TALK		<i>clozapine</i>	418
WIPES EXT STR.....	602	GLUCOSE SYS.....	697, 831	CLOZARIL.....	419

C-NATE DHA.....	278	COMFORTSEAL SMALL		CONTOUR NEXT LEV 2	
COAGADEX.....	271	MASK.....	779, 834	CONTROL SOL.....	698, 835
COAGUCHEK LANCETS		COMIRNATY 2025-2026(5-		CONTOUR NEXT LINK	
.....	697, 832	11Y)(PF).....	361	.....	698, 835
COAGUCHEK XS.....	775, 832	COMIRNATY 2025-26 (12Y		CONTOUR NEXT LINK 2.4	
<i>coal tar</i>	594	UP)(PF).....	361	.....	698, 835
COARTEM.....	30	COMPACT SPACE		CONTOUR NEXT METER	
COBALEFOL.....	297	CHAMBER.....	779, 834	.....	698, 835
COBENFY.....	381	COMPACT SPACE		CONTOUR NEXT ONE	
COBENFY STARTER PACK		CHAMBER-LRG MASK		METER.....	698, 835
.....	381	.....	779, 834	CONTOUR NEXT TEST	
<i>cocaine</i>	90	COMPACT SPACE		STRIPS.....	736, 835
COCOA BUTTER		CHAMBER-MED MASK		CONTOUR PLUS BLUE	
FORMULA - VIT E.....	590	.....	779, 834	METER.....	698, 835
<i>codeine sulfate</i>	119	COMPACT SPACE		CONTOUR PLUS TEST	
<i>codeine-butalbital-asa-caff..</i>	149	CHAMBER-SM MASK.....	779, 834	STRIP.....	736, 835
<i>codeine-guaifenesin</i>	102	COMP-AIR NEBULIZER		CONTOUR TEST STRIPS	
CODITUSSIN AC.....	103	COMPRESSOR.....	779, 834	.....	736, 836
CODITUSSIN DAC.....	102	Compazine.....	45, 395	COPAXONE.....	523
COLAZAL.....	39	COMPLERA.....	33	COPIKTRA.....	165, 175
<i>colchicine</i>	967	COMPLETE BALANCE		<i>copper gluconate</i>	319
COLCRYS.....	967	MENOPAUSE RLF.....	452	COQMAX OMEGA.....	236
<i>colesevelam</i>	215	COMPLETE LIVER		CORDRAN.....	573, 574
COLESTID.....	215	CLEANSE.....	274	CORDRAN TAPE LARGE	
<i>colestipol</i>	215	COMPLETE MV ADULT 50		ROLL.....	573
COLLATYL.....	537	PLUS.....	335	CORDX COVID-19 AG	
COLOR LANCETS.....	697, 832	COMPLETE NATAL DHA....	279	HOME TEST.....	638, 836
COMBIGAN.....	1008	COMPLETENATE.....	279	CORDX TYFAST FLU-	
COMBIPATCH.....	492	Compro.....	45	COVID-19 TEST.....	638, 836
COMBIVENT RESPIMAT....	113	CONCEPTION.....	772, 834	COREG.....	230
COMBOGESIC.....	131	CONCERTA.....	435	COREG CR.....	230
COMETRIQ.....	180	CONDYLOX.....	541	CORIFACT.....	271
COMFORT EZ INSULIN		CONJUPRI.....	228	CORLANOR.....	242
SYRINGE.....	668, 833	CONSENSI.....	226	CORTANE-B.....	790
COMFORT EZ LANCETS		Constulose.....	88	CORTEF.....	503
.....	697, 833	CONTOUR CONTROL		CORTENEMA.....	70
COMFORT EZ PEN		SOLUTION, HIGH.....	697, 834	CORTIFOAM.....	70
NEEDLES.....	668, 833	CONTOUR CONTROL		CORTISOLV.....	962
COMFORT EZ PRO		SOLUTION, LOW.....	697, 834	<i>cortisone</i>	503
SAFETY PEN NDL.....	669, 833	CONTOUR CONTROL		CORTISPORIN-TC.....	791
COMFORT TOUCH PEN		SOLUTION, NML.....	698, 834	CORTROPHIN GEL.....	476
NEEDLE.....	669, 833	CONTOUR METER.....	698, 835	COSENTYX.....	533
COMFORT TOUCH PLUS		CONTOUR NEXT EZ		COSENTYX (2 SYRINGES)	533
SAFETY LANC.....	697, 834	METER.....	698, 835	COSENTYX PEN.....	533
COMFORT TOUCH ULT		CONTOUR NEXT GEN		COSENTYX PEN (2 PENS)	533
THIN LANCETS.....	697, 834	METER.....	698, 835	COSENTYX UNOREADY	
COMFORTSEAL LARGE		CONTOUR NEXT		PEN.....	533
MASK.....	778, 834	GLUCOSE METER.....	698, 835	COSOPT.....	1008
COMFORTSEAL MEDIUM		CONTOUR NEXT LEV 1		COSOPT (PF).....	1008
MASK.....	778, 834	CONTROL SOL.....	698, 835	COTELIC.....	171

COTEMPLA XR-ODT.....	435	CULTURELLE IMMUNE		CUTTER BACKWOODS	
COVARYX.....	493	DEFENSE.....	74	DRY.....	595
COVARYX H.S.....	493	CULTURELLE KIDS 4 IN 1		CUTTER SKINSATIONS.....	595
COVID-19 AT-HOME TEST		IMMUNE.....	74	CUVITRU.....	357
.....	638, 836	CULTURELLE KIDS		CUVPOSA.....	372
<i>covid19 test adm.by</i>		GROW-THRIVE.....	74	CUVRIOR.....	204
<i>pharmacist.....</i>	639, 836	CULTURELLE KIDS		<i>cyanocobalamin (vitamin b-</i>	
COXANTO.....	135	GUMMY.....	74	<i>12).....</i>	296, 297
COZAAR.....	217	CULTURELLE KIDS		<i>cyanocobalamin-</i>	
CRALONIN.....	372	IMMUNE DEFENSE.....	74	<i>cobamamide.....</i>	297
<i>cranberry conc-ascorbic acid</i>		CULTURELLE KIDS		<i>cyanocobalamin-</i>	
.....	962	PROBIO-FIBER.....	74	<i>methylcobalamin.....</i>	297, 347
<i>cranberry extract.....</i>	962	CULTURELLE KIDS		CYCLINEX-2.....	314
<i>cranberry fruit.....</i>	962	PROBIOT-FIBER.....	74	<i>cyclobenzaprine.....</i>	801
<i>cranberry fruit concentrate...</i>	962	CULTURELLE KIDS		Cyclogyl.....	999
CRANBERRY URINARY		PROBIOTIC-MV.....	349	CYCLOMYDRIL.....	994
TRACT HEALTH.....	962	CULTURELLE KIDS		CYCLOPAK.....	800
CRANBERRY-		PROBIOTICS.....	74, 75	<i>cyclopentolate.....</i>	999
PROBIOTC(BLEND)-VITC....	73	CULTURELLE KIDS PRO-		<i>cyclopen-tropic-phenyleph-</i>	
CRENESSITY.....	473	MV-LUTEIN.....	349	<i>watr.....</i>	994
CREON.....	69	CULTURELLE MEN'S		<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-</i>	
CRESEMBA.....	15	DAILY HEALTH.....	75	<i>wat.....</i>	994
CRESTOR.....	218	CULTURELLE		<i>cyclophosphamide.....</i>	139, 157
CREXONT.....	456	METABOLISM-WT MGMT....	75	<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-</i>	
CRINONE.....	519, 794	CULTURELLE PROBIOTIC-		<i>wat.....</i>	994
<i>cromolyn.....</i>	109, 161, 1009	MULTIVIT.....	335	<i>cycloserine.....</i>	26
Crotan.....	528	CULTURELLE PROBIOTIC-		CYCLOSET.....	486
CRYODOSE TA MEDIUM		PREBIOTIC.....	75	<i>cyclosporine.....</i>	139, 378, 1004
STREAM SPR.....	563	CULTURELLE		CYCLOSPORINE IN	
CRYODOSE TA MIST		SLIMBIOTICS.....	75	KLARITY.....	1004
SPRAY.....	563	CULTURELLE WOMEN'S 4-		<i>cyclosporine modified..</i>	139, 378
CRYOSERV.....	789	IN-1.....	75	CYCLOTENS REFILL.....	801
Cryselle (28).....	189	CULTURELLE WOMEN'S		CYCLOTENS STARTER.....	801
CTEXLI.....	43, 115	WELLNESS.....	75	CYMBALTA.....	382, 427
CULTURELLE.....	75	CUPRIMINE.....	145, 204	<i>cyproheptadine.....</i>	94, 101
CULTURELLE ABDOMINAL		CURAFIL GEL WOUND		Cyred.....	190
SUPP-CMFT.....	73	.....	537, 836	Cyred Eq.....	189
CULTURELLE ADVANCED		CURCUPLEX-95.....	962	CYSTADANE.....	989
REGULARITY.....	73	CURITY AMD.....	787, 836	CYSTADROPS.....	1013
CULTURELLE BABY		CURITY AMD (WITH		CYSTAGON.....	973
COLIC-SOOTHING.....	73	POLYHEXAMETH).....	537, 836	CYSTARAN.....	1013
CULTURELLE BABY		CURITY DRAINAGE BAG		CYTOMEL.....	509
DIGESTIVE CALM.....	73	.....	634, 836	CYTOTEC.....	51
CULTURELLE BABY		CURITY IODOFORM		D3-2000.....	276
HEALTH DEVELOP.....	73	PACKING STRIP.....	724, 836	<i>dabigatran etexilate.....</i>	262
CULTURELLE BLOATING		CUROSURF.....	110	DAFILOR.....	614
GAS.....	74	CUTAQUIG.....	357	DAILY FIBER.....	59
CULTURELLE DIGESTIVE		CUTEMOL EMOLLIENT.....	590	DAILY FIBER (PSYLLIUM-	
HEALTH.....	74	CUTTER ALL FAMILY.....	595	ASPART).....	59

DAILY FIBER (PSYLLIUM-SUCROSE).....	59	Deblitane.....	187	Dermacinrx Lidocan.....	551
DAILY GUMMIES.....	335	DECARA K.....	347	DERMACINRX LIDOGEL....	551
DAILY MULTIVITAMIN-MINERALS.....	320	<i>deferasirox</i>	205	DERMACINRX LIDOREX....	551
DAILY PROBIOTIC (4 STRAINS).....	75	<i>deferiprone</i>	205	DERMACINRX MULTITAM.	336
DAILY PROBIOTIC (B.INFANTIS).....	76	<i>deferoxamine</i>	205	DERMACINRX	
DAILY PROBIOTIC (S. BOULARDII).....	76	<i>deflazacort</i>	503	MULTIVITAMIN.....	320
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID).....	320	DELESTROGEN.....	499	DERMACINRX PHN PAK....	602
DAIRY RELIEF.....	52	DELIBON.....	558	DERMACINRX PRENATRIX	
<i>dalfampridine</i>	521	DELSTRIGO.....	33	.....	279
DALIRESP.....	99	DELUO.....	535, 792	DERMACINRX	
<i>danazol</i>	519	<i>demeclocycline</i>	8	PRENATRYL.....	279
<i>dandelion root</i>	962	DEMEROL.....	119	DERMACINRX PRETRATE	279
DANTRIUM.....	800	DEMEROL (PF).....	119	DERMACINRX PROBINATE.	76
<i>dantrolene</i>	800	DEMSEER.....	212	DERMACINRX PROBISOL...	76
DANZITEN.....	166	DENTA 5000 PLUS.....	370	DERMACINRX PROBITRAN	76
<i>dapsone</i>	17, 610	DENTA 5000 PLUS SENSITIVE.....	370	DERMACINRX PROBITROL.	76
DARAPRIM.....	17	DENTAGEL.....	370	DERMACINRX PROMEROL.	76
<i>darifenacin</i>	976	DENVITA.....	557	DERMACINRX RIBOTIN-E.	336
DARTISLA.....	46	DEOXIA.....	610, 617	DERMACINRX SURGICAL	
<i>darunavir</i>	31	DEOXIADEMTAR.....	622	PHARMAPAK.....	534
<i>dasatinib</i>	167	DEOXIATAR.....	622	DERMACINRX	
Dasetta 1/35 (28).....	190	DEOXIAVAR.....	623	THERAZOLE PAK.....	558
Dasetta 7/7/7 (28).....	198	DEPAKOTE.....	388, 412	DERMACINRX VENEXA....	336
DAURISMO.....	176	DEPAKOTE ER... 387, 412, 468		DERMACINRX VENEXA FE	
DAVIMET WITH FLUORIDE		DEPAKOTE SPRINKLES		.....	336
.....	294	.....	388, 412	DERMACINRX VENTRIXYL	336
DAVIMET WITH IRON.....	335	DEPEN TITRATABS... 145, 204		DERMACINRX VENTRIXYL	
DAVIMET-M.....	320	DEPLIN FC.....	297	FE.....	336
DAVOL IRRIGATION		DEPO-ESTRADIOL.....	499	DERMACINRX VITRAMYN.	336
SYRINGE.....	648, 836	DEPO-PROVERA.....	202, 203	DERMACINRX VITRANOL.	336
DAVOL PISTON		DEPO-SUBQ PROVERA		DERMACINRX VITRANOL	
IRRIGATION.....	648, 836	104.....	203	FE.....	336
DAWNZERA.....	209	Depo-Testosterone.....	483	DERMACINRX VITREXATE	337
DAYAVITE.....	335	DERMACINRX		DERMACINRX VITREXATE	
DAYBUE.....	968	CLORHEXACIN.....	534	FE.....	336
DAYPRO.....	135	DERMACINRX DAVIMET ...	320	DERMACINRX ZINTREXYL-	
Daysee.....	201	DERMACINRX DEXATRAN	335	C.....	337
DAYTRANA.....	436	DERMACINRX DOTREMIN	310	DERMACINRX ZRM PAK... 603	
DAYVIGO.....	423	DERMACINRX FOLDITAM.	310	DERMALID.....	552
DAZAVEIDAOXIA.....	597	DERMACINRX FOLIFLEX..	335	DERMA-SMOOTH/FS	
DAZINIA.....	554	DERMACINRX FOLITIN-Z..	336	BODY OIL.....	574
DAZOMON.....	597	DERMACINRX		DERMA-SMOOTH/FS	
DDAVP.....	490	FOLIXAPURE.....	310	SCALP OIL.....	574
DEBACTEROL.....	368	DERMACINRX FOLIXATE..	311	DERMASO PLUS.....	590
		DERMACINRX FOLTAMIN.	311	DERMAWERX SURGICAL	
		DERMACINRX FOLTREXYL		PLUS PAK.....	534
		.....	311	DERMAZENE.....	558
		DERMACINRX LACTEROL..	76	DERMELLE.....	594
		DERMACINRX LEXITRAL..	611	DERMOTIC OIL.....	791
				DERM-SILK.....	785, 836

DERMULCERA.....	534	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	 391, 392, 413, 414, 436, 437	DICLOFONO.....	545
DERPIXA.....	594	<i>dextroamphetamine-</i>		DICLOGEN.....	611
DESCOVY.....	20, 21	<i>amphetamine</i>	392, 437, 445	DICLOPR.....	611
DESFERAL.....	205	DHEA.....	956	DICLOSAICIN.....	612
<i>desflurane</i>	152	DHIVY.....	456	DICLOTRAL.....	612
<i>desipramine</i>	430	DIABETIC MULTIVITAMIN..	337	DICLOTREX.....	612
<i>desloratadine</i>	95, 110	DIACOMIT.....	408	DICLOVIX.....	557
<i>desmopressin</i>	490	DIADIMAXIA.....	617	<i>dicloxacillin</i>	34
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	201	DIAOXIA.....	617	<i>dicyclomine</i>	45, 46
<i>desonide</i>	574, 575	DIAPERS, UNISEX SIZE 1		DIFFERIN.....	628
DESOWEN.....	575	.....	637, 837	DIFICID.....	13
<i>desoximetasone</i>	575	DIAPERS, UNISEX SIZE 2		<i>diflorasone</i>	576
DESOXYN.....	413, 436	.....	637, 837	DIFLUCAN.....	15, 16
<i>desvenlafaxine</i>	428	DIAPERS, UNISEX SIZE 3		<i>diflunisal</i>	133
<i>desvenlafaxine succinate</i>	428	.....	637, 837	<i>difluprednate</i>	1001
DEVILBISS DISPOSABLE		DIAPERS, UNISEX SIZE 4		DIFMETIOXRIME.....	557
NEBULIZER.....	641, 837	.....	637, 837	DIGEST ADV PROBIO	
DEVILBISS PULMO-AIDE		DIAPERS, UNISEX SIZE 5		PLUS GAS.....	76
COMPRESSR.....	779, 837	.....	637, 838	DIGEST PROBIOTIC	
DEVILBISS PULMOMATE		DIAPERS, UNISEX SIZE 6		(S.BOULARDII).....	76
COMPRESSOR.....	779, 837	.....	637, 838	DIGESTIVE ADVANTAGE	
DEVILBISS TRAVELER		DIASAXIATAR.....	623	IMMUNE.....	76
COMPRESSOR.....	779, 837	DIASDIMAXIA.....	617	DIGESTIVE ADVANTAGE	
Dexabliss.....	503	DIASOXIA.....	617	INTENS BOW.....	76
<i>dexamethasone</i>	503, 504	DIATROL.....	337	DIGESTIVE ADVANTAGE	
DEXAMETHASONE		DIATRUE CONTROL SOLN		KID PROBIO.....	77
INTENSOL.....	503	NORMAL.....	699, 838	DIGESTIVE ADVANTAGE	
<i>dexamethasone sodium</i>		DIATRUE CONTROL		LACTOS SUP.....	77
<i>phosphate</i>	1001	SOLUTION HIGH.....	699, 838	DIGESTIVE ADVANTAGE	
<i>dexchlorpheniramine</i>		DIATRUE CONTROL		PROBIOTIC.....	77
<i>maleate</i>	90, 94	SOLUTION LOW.....	699, 838	DIGESTIVE PROBIOTIC.....	77
DEXCOM G6 RECEIVER		DIATRUE PLUS BLOOD		DIGESTIVE SUPPORT.....	962
.....	698, 837	GLUCOSE MET.....	699, 838	Digitek.....	209
DEXCOM G6 SENSOR		DIATRUE PLUS TEST		<i>digoxin</i>	209
.....	698, 837	STRIP.....	737, 838	<i>dihydroergotamine</i>	466, 467
DEXCOM G6		<i>diazepam</i>	424, 427, 449	Dilantin.....	407
TRANSMITTER.....	698, 837	Diazepam Intensol.....	424, 449	Dilantin Extended.....	407
DEXCOM G7 RECEIVER		<i>diazoxide</i>	475	Dilantin Infatabs.....	407
.....	699, 837	DIBENZYLINE.....	248	DILANTIN-125.....	407
DEXCOM G7 SENSOR		<i>dichlorphenamide</i>	214, 799	DILAUDID.....	119
.....	699, 837	DICLEGIS.....	68	DILAUDID (PF).....	119
DEXEDRINE SPANSULE		<i>diclofenac epolamine</i>	545	<i>diltiazem hcl</i>	227, 228
.....	391, 413, 436	.....	134, 138, 417	DILT-XR.....	228
DEXERYL.....	591	<i>diclofenac potassium</i>		DILUTING MEDIUM FOR	
DEXILANT.....	53	.....	134, 545, 555, 996	NOVOLOG.....	311
<i>dexlansoprazole</i>	54	<i>diclofenac sodium</i>		DIMENTHO.....	612
<i>dexmethylphenidate</i>	436	.....	134, 545, 555, 996	<i>dimethyl fumarate</i>	523
DEXONTO.....	504	<i>diclofenac submicronized</i>	134	DIMOXIA.....	535
DEXTENZA.....	1001	<i>diclofenac-misoprostol</i>	131	DIOCHLOY.....	564
		DICLOFEX DC.....	611	DIONARIS.....	558

DIOOXIA.....	548	DOVER RED RUBBER		DRY SKIN THERAPY(W-	
DIOVAN.....	217	ROBINSON CATH.....	663, 839	PETROLATUM).....	591
DIOVAN HCT.....	231	DOVER UNIVERSAL..	663, 839	DRYSOL.....	557
DIOVASC.....	310	<i>doxazosin</i>	248	DRYSOL DAB-O-MATIC.....	557
DIPENTUM.....	39	<i>doxepin</i>	430, 460, 530	DSUVIA.....	119
Diphen.....	94, 101	<i>doxercalciferol</i>	987	DUAKLIR PRESSAIR.....	113
<i>diphenoxylate-atropine</i>	50	<i>doxycycline hyclate</i> 8, 9, 10,	372	DUAVEE.....	518
DIPROLENE		<i>doxycycline monohydrate</i>		DUETACT.....	488
(AUGMENTED).....	576	.....	10, 604	DULERA.....	114
<i>dipyridamole</i>	264	<i>doxylamine-pyridoxine (vit</i>		<i>duloxetine</i>	382, 428
DISALCID.....	133	<i>b6)</i>	68	DULOXICAINE	382, 383, 428
DISKETTS.....	119	D-PENAMINE.....	145, 205	DUOBRII.....	531
<i>disopyramide phosphate</i>	235	DRAMAMINE GINGER.....	962	DUODOTE.....	207
<i>disulfiram</i>	376	DRAMAMINE NON-		DUOPA.....	456
DITHOL.....	612	DROWSY.....	962	DUPIXENT PEN.....	111, 527
DIURIL.....	234	DRAXACE.....	619	DUPIXENT SYRINGE.	111, 527
<i>divalproex</i>	388, 412, 413, 468	DRAXACEY.....	619	DUREX AVANTI BARE	
DIVENDO.....	558	DRITHOCREME HP.....	548	REAL FEEL.....	634, 840
DIVIGEL.....	500	DRIXECE.....	619	DUREX EXTRA SENSITIVE	
DIVINIX.....	564	DRIZALMA SPRINKLE	382, 428	CONDOM.....	634, 840
DM2.....	483	<i>dronabinol</i>	45, 395, 985	DUREX TROPICAL	
DMT SUIK.....	504	DROPLET GENTEEL		CONDOM.....	634, 840
Dodex.....	297	LANCING DEVICE.....	699, 839	DUREZOL.....	1001
<i>dofetilide</i>	216	DROPLET INSULIN		DURLAZA.....	133, 264
DOJOLVI.....	326	SYR(HALF UNIT).....	669, 839	DUROLANE.....	802
Dolishale.....	190	DROPLET INSULIN		<i>dutasteride</i>	972
DOLOBID.....	133	SYRINGE.....	669, 670, 839	<i>dutasteride-tamsulosin</i>	971
DOLOTRANZ.....	615	DROPLET LANCETS..	699, 839	DUVYZAT.....	797
DOMELA.....	565	DROPLET LANCING		DYANAVEL XR... 438, 445, 446	
<i>donepezil</i>	969	DEVICE.....	699, 839	DYCLOPRO.....	599
DONNATAL.....	49	DROPLET MICRON PEN		DYMISTA.....	91
DOPTELET (10 TAB PACK)	255	NEEDLE.....	670, 840	DYNAFOAM AG.....	537
DOPTELET (15 TAB PACK)	255	DROPLET PEN NEEDLE		DYNAGINATE AG.....	537
DOPTELET (30 TAB PACK)	255	.....	670, 840	DYNOMA.....	565
DORAL.....	424, 447	DROPSAFE ACTI-LANCE		DYRENIUM.....	226
DORYX.....	8	.....	699, 840	E.E.S. 400.....	13
DORYX MPC.....	8	DROPSAFE INSULIN		EAA UCD.....	314
<i>dorzolamide</i>	1010	SYRINGE.....	670, 840	EAR POPPER INFLATION	
<i>dorzolamide (pf)</i>	1010	DROPSAFE PEN NEEDLE		DEVICE.....	726, 841
<i>dorzolamide-timolol</i>	1008	.....	670, 840	EASIVENT HOLDING	
<i>dorzolamide-timolol (pf)</i>	1008	DROPSAFE SICURA		CHAMBER.....	779, 841
DOSOKAP.....	347	SAFETY NEEDLE.....	649, 840	EASIVENT MASK LARGE	
Dotti.....	500	<i>drospirenone-e.estradiol-</i>		.....	779, 841
DOVATO.....	20	<i>lm.fa</i>	190	EASIVENT MASK MEDIUM	
DOVER BULB SYRINGE		<i>drospirenone-ethinyl</i>		.....	779, 841
.....	648, 838	<i>estradiol</i>	190	EASIVENT MASK SMALL	
DOVER COATED LATEX		DROXIA.....	272	.....	779, 841
FOLEY.....	663, 838	<i>droxidopa</i>	249	EASY COMFORT INSULIN	
DOVER LATEX FOLEY		DRY SKIN THERAPY(WITH		SYRINGE.....	670, 671, 841
CATHETER.....	663, 838	LANOLIN).....	591		

EASY COMFORT		EASY TALK PLUS II LOW		EASY TOUCH	
LANCETS.....	699, 841	CONTROL.....	700, 844	SHEATHLOCK INSULIN	
EASY COMFORT PEN		EASY TALK PLUS II TEST		.....	673, 849
NEEDLES.....	671, 841	STRIP.....	738, 845	EASY TOUCH	
EASY COMFORT SAFETY		EASY TOUCH		SHEATHLOCK SYRG-NDL	
PEN NEEDLE.....	671, 842	.....	651, 672, 848, 849	.....	651, 849
EASY FIBER.....	59	EASY TOUCH BLU CTRL		EASY TOUCH	
EASY FIBER (WHEAT		SOLN-L1,L3.....	700, 845	SHEATHLOCK SYRINGE	
DEXTRIN).....	59	EASY TOUCH BLULINK		.....	651, 849
EASY GLIDE CATHETER		GLUC SYST.....	700, 845	EASY TOUCH TEST STRIP	
TIP SYRING.....	649, 842	EASY TOUCH BLULINK		.....	739, 850
EASY GLIDE INSULIN		TEST STRIP.....	738, 845	EASY TOUCH	
SYRINGE.....	671, 842	EASY TOUCH FLIPLOCK		TUBERCULIN FLIPLOCK	
EASY GLIDE LUER LOCK		INSULIN.....	671, 845	.....	652, 850
SYRINGE.....	649, 842	EASY TOUCH FLIPLOCK		EASY TOUCH	
EASY GLIDE LUER SLIP		NEEDLE.....	649, 845	TUBERCULIN SHEATHLK	
TB SYRING.....	649, 842	EASY TOUCH FLIPLOCK		.....	652, 850
EASY GLIDE PEN NEEDLE		SYRINGE.....	649, 650, 846	EASY TOUCH TWIST	
.....	671, 842	EASY TOUCH FLURINGE		LANCETS.....	701, 850
EASY MINI EJECT		.....	650, 847	EASY TOUCH UNI-SLIP	
LANCING DEVICE.....	699, 842	EASY TOUCH FLURINGE		.....	652, 673, 850
EASY NEB COMPRESSOR		FLIPLOCK.....	650, 846	EASY TRAK BLOOD	
NEBULIZER.....	779, 842	EASY TOUCH FLURINGE		GLUCOSE METER.....	701, 850
EASY PLUS II BLOOD		SHEATHLOCK.....	650, 846	EASY TRAK GLUCOSE	
GLUCOSE MET.....	699, 843	EASY TOUCH GLUCOSE		TEST.....	739, 851
EASY PLUS II HIGH		MONITOR.....	700, 847	EASY TRAK HIGH	
CONTROL.....	699, 843	EASY TOUCH HIGH-LOW		CONTROL.....	701, 851
EASY PLUS II LOW		CONTROL.....	700, 847	EASY TRAK II BLOOD	
CONTROL.....	699, 843	EASY TOUCH		GLUCOSE MTR.....	701, 851
EASY PLUS II TEST...	737, 843	HYPODERMIC NEEDLE		EASY TRAK II CTRL SOLN-	
EASY STEP.....	737, 844	.....	650, 847	NORMAL.....	701, 851
EASY STEP BLOOD		EASY TOUCH INSULIN		EASY TRAK II TEST STRIP	
GLUCOSE METER.....	700, 843	SAFETY SYR.....	672, 847	.....	739, 851
EASY STEP HIGH		EASY TOUCH INSULIN		EASY TRAK LOW	
CONTROL SOLN.....	700, 843	SYRINGE.....	672, 847	CONTROL.....	701, 851
EASY STEP LOW		EASY TOUCH LANCETS		EASY TWIST AND CAP	
CONTROL SOLUTION	700, 843	.....	700, 848	LANCETS.....	701, 851
EASY STEP NORMAL		EASY TOUCH LANCING		EASY-C IMMUNE HEALTH	305
CONTROL SOLN.....	700, 843	DEVICE.....	701, 848	EASYGLUCO METER.	701, 851
EASY TALK BLOOD		EASY TOUCH LUER LOCK		EASYGLUCO	
GLUCOSE METER.....	700, 844	INSULIN.....	672, 848	MONITORING SYSTEM	
EASY TALK GLUCOSE		EASY TOUCH LUER LOCK		.....	701, 852
TEST.....	738, 844	SYRINGE.....	650, 651, 848	EASYGLUCO TEST ...	740, 852
EASY TALK HIGH		EASY TOUCH PEN		EASYMAX.....	740, 853
CONTROL.....	700, 844	NEEDLE.....	672, 848	EASYMAX 15 LEVEL 2	
EASY TALK LOW		EASY TOUCH SAFETY		.....	701, 852
CONTROL.....	700, 844	LANCETS.....	701, 848	EASYMAX 15 TEST	
EASY TALK PLUS II HIGH		EASY TOUCH SAFETY		STRIPS.....	740, 852
CONTROL.....	700, 844	PEN NEEDLE.....	673, 849	EASYMAX NG.....	701, 852

EASYMAX NORMAL		ELEMENT COMPACT		EMBRACE EVO GLUCOSE	
CONTROL.....	701, 852	GLUCOSE METER.....	702, 853	MONITOR.....	702, 855
EASYMAX T1.....	701, 853	ELEMENT COMPACT HIGH		EMBRACE EVO LEVEL 1	
EASYMAX V SPEAKING		CONTROL.....	702, 853	.....	702, 855
GLUCOSE SYS.....	702, 853	ELEMENT COMPACT		EMBRACE EVO TEST	
EASYPPOINT NEEDLE.....	652, 853	NORMAL CONTROL...	702, 854	STRIPS.....	742, 855
EASY-TOUCH BLOOD		ELEMENT COMPACT TEST		EMBRACE GLUCOSE	
GLUCOSE METER.....	702, 853	STRIPS.....	741, 854	CONTROL HIGH.....	703, 855
EBASE CONTROLLER		ELEMENT COMPACT V		EMBRACE GLUCOSE	
.....	780, 853	GLUCOSE MTR.....	702, 854	CONTROL LOW.....	703, 856
EBGLYSS PEN.....	539	ELEMENT HIGH CONTROL		EMBRACE LANCETS.....	703, 856
EBGLYSS SYRINGE.....	540	.....	702, 854	EMBRACE LANCING	
ECEOXIA.....	610	ELEMENT LOW CONTROL		DEVICE.....	703, 856
<i>echinacea</i>	962	.....	702, 854	EMBRACE PEN NEEDLE	
<i>echinacea purp aerial part</i>		ELEMENT NORMAL		.....	673, 856
<i>ext</i>	962	CONTROL.....	702, 854	EMBRACE PRO.....	703, 856
ECLIPSE NEEDLE.....	652, 853	ELEMENT PLUS BLOOD		EMBRACE PRO GLUCOSE	
ECLIPSE SYRINGE....	652, 853	GLUCOSE KIT.....	702, 854	METER.....	703, 856
EC-NAPROSYN.....	135	ELEMENT TEST STRIPS		EMBRACE PRO TEST	
EC-NAPROXEN.....	135	.....	741, 854	STRIPS.....	742, 856
<i>econazole nitrate</i>	606	ELEPSIA XR.....	446	EMBRACE SAFETY	
ECONTRA EZ.....	184, 186	ELESTRIN.....	500	LANCET.....	703, 856
ECONTRA ONE-STEP.....	184, 186	<i>eletriptan</i>	463	EMBRACE TALK BLOOD	
ECOTRIN.....	133, 264	ELIDEL.....	587	GLUCOSE SYS.....	703, 856
ECOZA.....	606	ELIGARD.....	181	EMBRACE TALK	
EDARBI.....	217	ELIGARD (4 MONTH).....	181	CONTROL-HIGH (L2).....	703, 856
EDARBYCLOR.....	231	ELIMITE.....	528	EMBRACE TALK	
EDECRIN.....	214	Elinest.....	190	CONTROL-LOW (L1).....	703, 856
EDLUAR.....	416	ELIQUIS.....	265	EMBRACE TALK	
ED-SPAZ.....	51, 977	ELIQUIS DVT-PE TREAT		GLUCOSE MONITOR.....	703, 857
EDURANT.....	3	30D START.....	265	EMBRACE TALK TEST	
EDURANT PED.....	3	ELITE-OB.....	337	STRIPS.....	742, 857
EEMT.....	493	Elixophyllin.....	112	EMBRACE WAVE	
EEMT HS.....	493	ELLA.....	184, 186	GLUCOSE TEST STRP	
<i>efavirenz</i>	4	ELLUME COVID-19 HOME		.....	743, 857
<i>efavirenz-emtricitabin-</i>		TEST.....	639, 855	EMBRACE WAVE PLUS	
<i>tenofov</i>	33	ELLZIA PAK.....	567	GLUCOSE MTR.....	703, 857
<i>efavirenz-lamivu-tenofov</i>		ELMIRON.....	972	EMEND.....	44
<i>disop</i>	33	ELOCTATE.....	267	EMERGEN-C.....	308
EFFER-K.....	318	<i>eltrombopag olamine</i>	255	EMERGEN-C APPLE	
EFFEXOR XR.....	428	Eluryng.....	185	CIDER VINEGAR.....	308, 963
EFFIENT.....	263	ELYXYB.....	417	EMERGEN-C	
EFUDEX.....	601	ELYZIA.....	588	ASHWAGANDHA.....	308
EGRIFTA SV.....	517	ELYZIA (WITH		EMERGEN-C	
EGRIFTA WR.....	518	HYALURONATE).....	588	ELDERBERRY.....	308
EKTERLY.....	247	EMBRACE BLOOD		EMERGEN-C ENERGY	
ELDERTONIC.....	323	GLUCOSE SYSTEM		PLUS.....	308
ELECARE JR.....	326	.....	702, 741, 855	EMERGEN-C IMMUNE	
<i>electrolytes-dextrose</i>	314	EMBRACE EVO BLOOD		PLUS.....	308
ELEMAR.....	615	GLUCOSE KIT.....	702, 855		

EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE.....	349	ENSURE SURGERY PERIOP BUNDLE.....	326	ERTACZO.....	606
EMERGEN-C KIDZ IMMUNE PLUS.....	349	<i>entacapone</i>	422	Ery Pads.....	610
EMERGEN-C TURMERIC GINGER.....	308	ENTADFI.....	979	ERYGEL.....	610
EMFLAZA.....	504	<i>entecavir</i>	36	ERYPED 400.....	13
EMGALITY PEN.....	467	<i>enteral connector, enfit</i> 665, 857		Ery-Tab.....	13, 14
EMGALITY SYRINGE.....	395, 467	ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT.....	665, 858	ERYTHROCIN (AS STEARATE).....	14
EMPAVELI.....	269	ENTRESTO.....	250	<i>erythromycin</i>	14, 992
EMROSI.....	10, 604	ENTRESTO SPRINKLE.....	250	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ..	14
EMSAM.....	433	ENTTY.....	591	<i>erythromycin with ethanol</i>	610
<i>emtricitabine</i>	22	ENTYVIO PEN.....	40	<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	619
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	21	Enulose.....	39	ESBRIET.....	96
<i>emtricitabine-tenofovir</i>	33	ENVARUSUS XR.....	378	<i>escitalopram oxalate</i>	450
EMTRIVA.....	22	ENVIVE.....	77	Esgic.....	146
EMULSION SB.....	591	ENZNONUTY.....	615	<i>eslicarbazepine</i>	400
EMVERM.....	2	EOHILIA.....	504	<i>esomeprazole magnesium</i>	54
Emzahh.....	187	EPANED.....	248	ESPEROCT.....	267
<i>enalapril maleate</i>	247	EPCLUSA.....	18	Estarylla.....	190
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	245	EPICERAM.....	591	<i>estazolam</i>	424, 447
ENBRACE HR.....	320	EPICYN.....	535	Estrace.....	795
ENBREL.....	117, 151	EPIDIOLEX.....	408	<i>estradiol</i>	500, 501, 795
ENBREL MINI.....	117, 151	EPIDUO.....	625	<i>estradiol valerate</i>	502
ENBREL SURECLICK.....	117, 151	EPIDUO FORTE.....	625	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	492
ENDARI.....	272, 277, 325	EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE.....	531	ESTRATEST F.S.....	493
ENDO AVITENE.....	252	EPIFOAM.....	600	ESTRING.....	795
Endocet.....	128, 140	<i>epinastine</i>	1000	ESTROGEL.....	502
ENDOMETRIN.....	519	<i>epinephrine</i>	111, 249	<i>estrogens-methyltestosterone</i>	493
ENFIT IRRIGAT SYRINGE-CONTAINR.....	665, 857	EPIPEN.....	249	ESTROVEN CMPLT MENOPAUSE RLF.....	963
ENFIT MEDICAL STRAW.....	632, 857	EPIPEN 2-PAK.....	249	ESTROVEN SLIMBIOTICS...	77
ENFIT MEDICINE BOTTLE ADAPTER.....	632, 857	EPIPEN JR.....	249	<i>eszopiclone</i>	416
ENGERIX-B (PF).....	366	EPIPEN JR 2-PAK.....	249	<i>ethacrynic acid</i>	214
Enilloring.....	186	Epitol.....	388, 400	<i>ethambutol</i>	26
<i>enoxaparin</i>	259	EPIVIR.....	23	<i>ethosuximide</i>	412
ENOXILUV.....	259	<i>eplerenone</i>	234, 246	ETHOXIA.....	628
Enpresse.....	198	EPOGEN.....	257	<i>ethyl acetate</i>	787
ENSACOVE.....	163	EPRONTIA.....	403	<i>ethyl alcohol</i>	212
Enskyce.....	190	<i>eprosartan</i>	217	<i>ethyl chloride</i>	541
ENSPRYNG.....	379	EPSOLAY.....	597	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	190
ENSTILAR.....	605	EQUETRO.....	388, 400	<i>etodolac</i>	138
ENSURE CLEAR THERAPEUTIC.....	326	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> ...	276	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	186
ENSURE RAPID HYDRATION.....	315	<i>ergoloid</i>	971	<i>etoposide</i>	161
ENSURE SURGERY.....	326	ERGOMAR.....	467	<i>etravirine</i>	4
		<i>ergotamine-caffeine</i>	472	<i>eua patient assessment</i>	633, 858
		ERIVEDGE.....	176	EUCERIN ADVANCED REPAIR.....	591
		ERLEADA.....	183		
		<i>erlotinib</i>	178		
		ERMEZA.....	509		
		Errin.....	187		

EUCERIN INTENSIVE REPAIR.....	591	<i>exenatide</i>	489	FEIBA NF.....	261
EUCRISA.....	528	EXFORGE.....	241	Feirza.....	190
EUFLEXXA.....	802	EXFORGE HCT.....	227	<i>felbamate</i>	396
EURAX.....	528	EXJADE.....	205	FELBATOL.....	396
EUTHYROX.....	510	EXODERM.....	557	FELDENE.....	136
EVAMIST.....	502	EXTENDED RESERVOIR.....	673, 861	<i>felodipine</i>	228
Evekeo.....	392, 414, 438	EYE.....	372	FEM DOPHILUS.....	77
EVENCARE.....	704, 858, 859	EYE HEALTH AREDS-2.....	958	FEM PH.....	797
EVENCARE G2... ..	703, 743, 858	EYE HEALTH PLUS LUTEIN.....	337, 958	FEMALE CATHETER..	663, 862
EVENCARE G3 CONTROL.....	703, 858	EYE MULTIVITAMIN... ..	337, 958	FEMARA.....	182
EVENCARE G3 GLUCOSE METER.....	704, 858	EYELID WIPES (WITH CHAMOMILE).....	602	FEMCAP.....	637, 862
EVENCARE G3 TEST.....	743, 858	EYSUVIS.....	1001	FEMLYV.....	190
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR.....	744, 859	E-Z JECT LANCETS... ..	704, 861	FEMRING.....	795
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM....	704, 859	E-Z JECT THIN LANCETS.....	704, 861	<i>fenofibrate</i>	225
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP.....	744, 859	EZ SMART CONTROL.....	704, 861	<i>fenofibrate micronized</i>	225
EVENCARE TEST.....	744, 859	EZ SMART LANCETS.....	704, 861	<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	225
<i>evening primrose oil</i>	963	EZ SMART PLUS SYSTEM.....	704, 861	<i>fenofibric acid</i>	225
<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..	172	EZ SMART PLUS TEST.....	745, 861	<i>fenofibric acid (choline)</i>	225
<i>everolimus (immunosuppressive)</i>	379	EZ SMART SYSTEM... ..	704, 861	FENOGLIDE.....	225
EVERSENSE 365 SENSOR.....	704, 860	EZ SMART TEST.....	745, 862	<i>fenoprofen</i>	135
EVERSENSE 365 TRANSMITTER.....	704, 860	EZALLOR SPRINKLE.....	218	FENOPRON.....	135
EVICEL.....	261	<i>ezetimibe</i>	217	FENOVAR.....	612
EVISTA.....	498	<i>ezetimibe-rosuvastatin</i>	240	FENOVIA.....	557
EVOCLIN.....	611	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	240	<i>fentanyl</i>	120
EVOLUTION BLOOD GLUCOSE METER.....	704, 860	FABHALTA.....	251, 269	<i>fentanyl citrate</i>	120
EVOLUTION NORMAL CONTROL.....	704, 860	Falmina (28).....	190	<i>fentanyl citrate (pf)</i>	119, 153
EVOLUTION TEST STRIPS.....	745, 860	<i>famciclovir</i>	15	<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl</i>	119
EVOTAZ.....	27, 32	<i>famotidine</i>	53	<i>fenugreek seed</i>	963
EVOXAC.....	368	FANAPT.....	431	FERGON.....	299
EVRYSDI.....	803	FANAPT TITRATION PACK A.....	431	FERIVA 21-7.....	301
EXCEL SYRINGE.....	652, 860	FANAPT TITRATION PACK B.....	431	FERIVA FA (WITH SUMALATE).....	301
EXEL HYPODERMIC NEEDLES.....	652, 860	FANAPT TITRATION PACK C.....	432	FERRETTS IPS.....	299
EXEL INSULIN.....	673, 860	FANTASY CONDOM... ..	634, 862	<i>ferric citrate</i>	299, 981, 983
EXEL SYRINGE.. ..	652, 653, 861	FARESTON.....	184	<i>ferric glycinate</i>	299
EXELDERM.....	606	FARXIGA.....	486	FERRIPROX.....	205
EXELON PATCH.....	969	FASENRA PEN.....	111	FERRIPROX (2 TIMES A DAY).....	205
<i>exemestane</i>	182	FASTEP COVID-19 AG HOME TEST.....	639, 862	<i>ferrous fumarate</i>	299
		FC2 FEMALE CONDOM.....	636, 862	<i>ferrous gluconate</i>	299
		<i>febuxostat</i>	967	<i>ferrous sulfate</i>	299
				FERVINA.....	557
				<i>fesoterodine</i>	978
				FETZIMA.....	428
				FE-VITE.....	300
				Fexmid.....	801
				FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN.....	480

FIASP PENFILL U-100		FLEXICHAMBER-LG CHILD		<i>fludrocortisone</i>	494
INSULIN.....	480	MASK.....	780, 862	FLULAVAL 2025-2026 (PF)	364
FIASP PUMPCART.....	480	FLEXICHAMBER-SM		FLUMIST 2025-2026...	352, 364
FIASP U-100 INSULIN.....	480	ADULT MASK.....	780, 862	FLUMIST HOME 2025-2026	
FIBER (DEXTRIN).....	59	FLEXICHAMBER-SM		.....	352, 364
FIBER (PSYLLIUM HUSK-		CHILD MASK.....	780, 862	<i>flunisolide</i>	103
SUGAR).....	60	FLEXI-SEAL SIGNAL FMS		<i>fluocinolone</i>	576, 577
FIBER (WITH		.....	634, 862	<i>fluocinolone acetone oil</i>	791
ASPARTAME).....	60	FLINTSTONES COMPLETE		<i>fluocinolone and shower cap</i>	
FIBER GUMMIES.....	60	(FE SULF).....	349	.....	576
FIBER GUMMIES (WITH B-		FLINTSTONES IMMUNITY		<i>fluocinonide</i>	577
COMPLEX).....	60	SUPPORT.....	350	Fluocinonide-E.....	577
FIBER		FLINTSTONES WITH		<i>fluocinonide-emollient</i>	577
SUPPLEMENT(WHEATDEX		EXTRA IRON.....	350	FLUOPAR.....	567
TRIN).....	60	FLOLIPID.....	219	<i>fluorescein-benoxinate</i>	
FIBER THERAPY		FLOMAX.....	973	.....	997, 1009
(PSYLLIUM-SUCRO).....	60	FLORAFOL FE PEDIATRIC	294	<i>fluorescein-proparacaine</i>	997
FIBERWELL.....	60	FLORAFOL PEDIATRIC.....	294	<i>fluoride (sodium)</i>	370
FIBRICOR.....	225	FLORAFOL PEDIATRIC		FLUORIDEX DAILY	
<i>fidaxomicin</i>	14	MULTIVITAMI.....	294	DEFENSE.....	370
FIDILA.....	557	FLORAJEN WOMEN.....	77	FLUORIDEX SENSITIVITY	
FILOMA.....	614	FLORAMAX.....	77	RELIEF.....	371
FILSPARI.....	208	FLORASAVE.....	77	FLUORIMAX 5000.....	371
FILSUVEZ.....	534	FLORASTART.....	77	FLUORIMAX 5000	
FINACEA.....	597, 611	FLORASTOR ADVANCED....	78	SENSITIVE.....	371
<i>finasteride</i>	972	FLORASTOR DIGEST-		<i>fluorometholone</i>	1002
FINAZOL.....	337	METABOLIC.....	78	<i>fluorouracil</i>	601
FINGERSTIX LANCETS		FLORASTOR WOMAN'S		FLUOVIX.....	577
.....	704, 862	PROBIOTIC.....	78	FLUOVIX PLUS.....	577
<i> fingolimod</i>	522	FLORASTORBABY.....	78	<i>fluoxetine</i>	450
FINTEPLA.....	408	FLORASTORKIDS.....	78	FLUOXIA.....	565
Finzala.....	190	FLORASTORSELECT GUT		<i>fluphenazine hcl</i>	395
Fioricet.....	146	BOOST.....	78	<i>flurandrenolide</i>	577, 578
FIORICET WITH CODEINE	149	FLORASTORSELECT		<i>flurazepam</i>	424, 448
FIRAZYR.....	213	IMMUNITY BOOST.....	78	<i>flurbiprofen</i>	135
FIRDAPSE.....	798	FLORATUMMYS QUICK		<i>flurbiprofen sodium</i>	996
FIRMAGON KIT W		DISSOLVE.....	78	<i>fluticasone propionate</i>	
DILUENT SYRINGE.....	173	FLOWFLEX COVID-19 AG		.....	98, 104, 578
FIRVANQ.....	29	HOME TEST.....	639, 862	<i>fluticasone propion-</i>	
FISH OIL.....	236	FLOWFLEX PLUS COVID-		<i>salmeterol</i>	114
Flac Otic Oil.....	791	19 AND FLU.....	639, 863	<i>fluvastatin</i>	219, 220
FLAREX.....	1002	FLUAD 2025-2026 (65 YR		<i>fluvoxamine</i>	450
FLASHARREST.....	963	UP)(PF).....	363	FLUZONE 2025-2026.....	365
<i>flavoxate</i>	978	FLUARIX 2025-2026 (PF)...	364	FLUZONE 2025-2026 (PF)...	365
<i>flaxseed oil</i>	963	FLUBLOK 2025-2026 (PF)..	364	FLUZONE HIGH-DOSE	
<i>flecainide</i>	241	FLUCELVAX 2025-2026.....	364	2025-26 (PF).....	365
FLECTOR.....	545	FLUCELVAX 2025-2026		FML FORTE.....	1002
FLEQSUVY.....	801	(PF).....	364	FML LIQUIFILM.....	1002
FLEXICHAMBER.....	780, 862	<i>fluconazole</i>	16	FOCALIN.....	438
		<i>flucytosine</i>	15	FOCALIN XR.....	438

FOLAGENT DHA.....	337	FORA TN'G ADV MOBILE		<i>fosamprenavir</i>	32
FOLAMAX.....	337	MULTI MTR.....	725, 866	<i>fosfomycin tromethamine</i>	
FOLAMED DHA.....	337	FORA TN'G ADVAN PRO		.....	34, 976
FOLAPRIME.....	338	TEST STRIP	748, 866	<i>fosinopril</i>	248
FOLCYTEINE.....	346	FORA TN'G ADVANCE		<i>fosinopril-</i>	
FOLET ONE.....	279, 320	PRO MONITOR.....	725, 866	<i>hydrochlorothiazide</i>	245
FOLETRA.....	298	FORA TN'G VOICE METER		FOSRENOL.....	981
<i>folic acid</i>	298	.....	705, 866	FOTIVDA.....	167
<i>folic acid-vitamin b6-vit b12</i>	347	FORA TN'G VOICE TEST		FRAGMIN.....	259, 260
FOLIC D3.....	311	STRIPS.....	748, 867	FRAICHE 5000.....	371
FOLICORE B COMPLEX....	347	FORA V10.....	749, 867	FRAICHE 5000 PREVI.....	371
FOLIKA-BC.....	274	FORA V10-V12-D10-D20		FRAICHE 5000 SENSITIVE	371
FOLIVANE-OB.....	338	STRIPS.....	749, 867	FREESTYLE CONTROL	
FOLLISTIM AQ.....	508	FORA V12 BLOOD		.....	706, 868
FOLVITA COMPLEX.....	347	GLUCOSE SYSTEM... 705, 867		FREESTYLE FLASH	
<i>fondaparinux</i>	265	FORACARE GD20.....	749, 868	SYSTEM.....	706, 869
FORA 6 CONNECT		FORACARE GD20		FREESTYLE FREEDOM	
GLUCOSE STRIP.....	746, 863	GLUCOSE METER.....	705, 867	.....	706, 869
FORA 6CONN-GTEL-TN'G		FORACARE GD40 TEST		FREESTYLE FREEDOM	
ADV STRIP	746, 863	STRIPS.....	750, 868	LITE.....	706, 869
FORA D40D GLUCOSE-BP		FORACARE GD40B		FREESTYLE INSULINX	
MONITOR.....	704, 726, 863	GLUCOSE METER.....	705, 868	.....	706, 750, 869
FORA D40G GLUCOSE-BP		FORACARE GDH HIGH		FREESTYLE INSULINX	
MONITOR.....	705, 726, 863	CONTROL.....	705, 868	TEST STRIPS.....	750, 869
FORA D40-G31 TEST		FORACARE GDH LOW		FREESTYLE LANCETS	
STRIPS.....	746, 864	CONTROL.....	705, 868	.....	706, 869
FORA G20.....	705, 747, 864	FORACARE GDH NORMAL		FREESTYLE LIBRE 14 DAY	
FORA G30A.....	705, 864	CONTROL.....	706, 868	READER.....	706, 869
FORA GD50 BLOOD		FORACARE LANCETS		FREESTYLE LIBRE 14 DAY	
GLUCOSE SYSTEM... 705, 864		.....	706, 868	SENSOR.....	706, 869
FORA GD50 TEST STRIPS		FORANE.....	152	FREESTYLE LIBRE 2 PLUS	
.....	747, 865	<i>formoterol fumarate</i>	107	SENSOR.....	706, 869
FORA GTEL GLUCOSE		FORTEO.....	474	FREESTYLE LIBRE 2	
TEST STRIP	747, 865	FORTIFY OPT ADV (L.		READER.....	706, 869
FORA GTEL MULTI-		SALIVARUS).....	78	FREESTYLE LIBRE 2	
FUNCTN MONITOR....	725, 865	FORTIFY OPTIMA		SENSOR.....	706, 870
FORA HIGH CONTROL		PROBIOTIC.....	78, 79	FREESTYLE LIBRE 3 PLUS	
.....	705, 865	FORTIFY OPTIMA WOMEN		SENSOR.....	706, 870
FORA LANCING DEVICE		ADVANCED.....	79	FREESTYLE LIBRE 3	
.....	705, 865	FORTIFY OPTIMA WOMEN		READER.....	707, 870
FORA LOW CONTROL		PROBIOTIC.....	79	FREESTYLE LIBRE 3	
.....	705, 865	FORTIFY PROBIOTIC.....	79	SENSOR.....	707, 870
FORA NORMAL CONTROL		FORTIFY PROBIOTIC 50		FREESTYLE LITE METER	
.....	705, 865	PLUS.....	79	.....	707, 870
FORA PREMIUM V10		FORTIFY WOMEN		FREESTYLE LITE STRIPS	
GLUCOSE METER.....	705, 865	PROBIO(L.SALIV.).....	79	.....	750, 870
FORA TEST N'GO VOICE		FORTIFY WOMEN		FREESTYLE PRECISION	
METER.....	705, 866	PROBIOTIC.....	79	.....	673, 871
FORA TEST STRIP.....	748, 866	FOSAMAX.....	496	FREESTYLE PRECISION	
		FOSAMAX PLUS D.....	512	NEO METER.....	707, 870

FREESTYLE PRECISION	Gavilyte-G.....64	GENOTROPIN.....513
NEO STRIPS.....751, 871	Gavilyte-N.....64	GENOTROPIN MINIQUEL 512
FREESTYLE SIDEKICK II	GAVRETO.....175	<i>gentamicin</i> 554, 991
.....707, 871	GDRIVE.....707, 871	GENTLE IRON.....301
FREESTYLE SYSTEM KIT	GE100 BLOOD GLUCOSE	GENTLE SKIN CLEANSER 603
.....707, 871	SYSTEM.....707, 871, 872	GENTLE SKIN
FREESTYLE TEST.....751, 871	GE100 BLOOD GLUCOSE	CLEANSER(WITH SLS).....604
FREESTYLE UNISTIK 2	TEST STRIP.....751, 872	GENVISC 850.....802
.....707, 871	GE100 CONTROL	GENVOYA.....33
FRIVO.....557	SOLUTION NORMAL..707, 872	GEODON.....385, 419
FROTEK.....546	GE333 BLOOD GLUCOSE	GERI-MUCIL
FROVA.....464	SYSTEM.....707, 872	(ASPARTAME).....60
<i>frovatriptan</i> 464	GE333 BLOOD GLUCOSE	GERI-MUCIL (SUGAR).....60
FRUITIVITS.....326	TEST STRIP.....752, 872	GI PROTECT.....313
FRUZAQLA.....167	<i>gefitinib</i> 178	GILENYA.....522
FULPHILA.....256	<i>gelatin</i> 963	GILOTRIF.....177
Fulvicin P/G.....35	GELCLAIR.....367	GIMOTI.....43
FURADANTIN.....28, 975	GELFILM.....252, 1005	<i>ginger (zingiber officinalis)</i> ...963
FUROSCIX.....214	GEL-FLOW.....252	<i>ginger root-ginger root ext</i> ...963
<i>furosemide</i> 214	GEL-FLOW NT.....252	<i>ginkgo biloba leaf extract</i> 963
FUZEON.....21	GELFOAM.....252, 253	GINKGO BILOBA PLUS
Fyavolv.....492	GELFOAM COMPRESSED	(BACOPA).....963
FYCOMPA.....396	SIZE 100.....252	GIRLS TRAINING PANTS
FYLNETRA.....256	GELFOAM JMI POWDER...252	4T-5T.....638, 872
Fyremadel.....516	GELFOAM JMI SPONGE...252	GLASSIA.....109
G TUSSIN AC.....103	GELFOAM SPONGE SIZE	<i>glatiramer</i> 523
<i>gabapentin</i> 383, 384, 455	100.....253	Glatopa.....523
GABARONE.....455	GELFOAM SPONGE SIZE	GLEEEVEC.....167
GALAFOLD.....989	12-7MM.....253	GLEOSTINE.....181
<i>galantamine</i> 969	GELFOAM SPONGE SIZE	<i>glimepiride</i> 498
Galbriela.....191	200.....253	<i>glipizide</i> 498
Gallifrey.....493	GELFOAM SPONGE SIZE	<i>glipizide-metformin</i> 499
GALZIN.....207	50.....253	GLOPERBA.....967
<i>gamma-aminobutyric acid</i> ...963	GELMIX.....789	GLUCAGON (HCL)
GAMMAGARD LIQUID.....357	GEL-ONE.....802	EMERGENCY KIT.....475
GAMMAKED.....357	GELSYN-3.....802	Glucagon Emergency Kit
GAMUNEX-C.....357	<i>gemfibrozil</i> 225	(Human).....475
<i>ganirelix</i> 516	Gemmily.....191	<i>gluc-chon-msm-col-hy-bos-</i>
GARDASIL 9 (PF).....365, 366	GEMTESA.....983	<i>c-min</i> 954
<i>garlic</i> 963	GENABIO COVID-19 RAPID	GLUCERNA 1.5 CAL.....327
<i>garlic extract</i> 963	AT-HOME.....639, 872	GLUCERNA HUNGER
GARLICIN CARDIO.....963	GENADEK.....350	SMART.....327
GARLIX.....963	GENADEK STEP 1.....338	GLUCERNA SNACK BAR...327
GAS RELIEF-PREVENTION.47	GENADEK STEP 2.....338	GLUCO NAVII GLUCOSE
GASTRACID.....69	GENADUR.....616	MONITOR.....707, 872
GASTROCROM.....161	GENADUR (WITH	GLUCO NAVII TEST STRIP
<i>gatifloxacin</i> 991	LEXINAL).....616	752, 873
GATTEX 30-VIAL.....48	Generlac.....39	GLUCOCARD 01 HI-
GATTEX ONE-VIAL.....48	Gengraf.....139, 378	NORMAL CONTROL...707, 873
GAVILYTE-C.....64	GENNAMD.....963	

GLUCOCARD 01 METER 707, 873	GLUCOSAMINE-CHONDR- D3 (C-MANG)..... 955	GOMEKLI..... 171
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL..... 707, 873	<i>glucosamine-chondroitin</i> 955	GONAL-F..... 508
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS..... 752, 873	<i>glucosamine-d3-boswellia</i> <i>serr</i> 955	GONAL-F RFF..... 508
GLUCOCARD EXPRESSION 707, 708, 753, 873, 874	<i>glucosamine-d3-hyaluronic</i> <i>acid</i> 955	GONAL-F RFF REDI-JECT. 508
GLUCOCARD SHINE... 708, 874	<i>glucosamine-msm-chondr-</i> <i>d3-bosw</i> 955	GONITRO..... 245
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER..... 708, 874	<i>glucosam-msm-chond-</i> <i>hrb149-hyal</i> 955	GOPRELTO..... 91
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER..... 708, 874	<i>glucose</i> 475	GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST..... 639, 877
GLUCOCARD SHINE METER..... 708, 874	GLUCOSE CONTROL 708, 876	GRAFIX CORE..... 532
GLUCOCARD SHINE METER KIT..... 708, 874	GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN..... 708, 876	GRAFIX PRIME..... 532
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS..... 753, 874	GLUCOTROL XL..... 498	GRAFIX XC..... 532
GLUCOCARD SHINE XL METER..... 708, 874	<i>glutamine</i> 42, 277	GRALISE..... 384
GLUCOCARD VITAL... 708, 874	<i>glutamine (sickle cell)</i> 272, 277, 325	<i>granisetron hcl</i> 57
GLUCOCARD VITAL SENSOR..... 753, 875	<i>glutaraldehyde</i> 792	GRANIX..... 256
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS..... 754, 875	GLUTAREX-2..... 312, 327	<i>grape seed extract</i> 964
GLUCOCOM AUTOLINK 708, 875	<i>glutathione (bulk)</i> 790, 958	GRASTEK..... 355
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE..... 708, 875	<i>glyburide</i> 498	GREEN TEA-600..... 964
GLUCOCOM CONTROL HIGH..... 708, 875	<i>glyburide micronized</i> 498	<i>griseofulvin microsize</i> 35
GLUCOCOM CONTROL NORMAL..... 708, 875	<i>glyburide-metformin</i> 499	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> 35
GLUCOCOM GLUCOSE 754, 876	<i>glycerin</i> 568	<i>guaiacol</i> 790
GLUCOCOM LANCETS 708, 876	GLYCINE UROLOGIC..... 974	GUAIFENESIN AC..... 103
GLUCOSA IMMUNE BOOSTER..... 963	<i>glycine urologic solution</i> 974	GUAIFENESIN DAC..... 102
<i>glucosam su dip-chondroit-c-</i> <i>mn</i> 955	<i>glycopyrrolate</i> 46, 372	<i>guanfacine</i> 213, 432
<i>glucosam-chondr-msm-c-</i> <i>manganes</i> 955	<i>glycopyrrolate (pf)</i> 46	GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR..... 709, 877
<i>glucosam-chondr-vit c-mn-</i> <i>boron</i> 955	Glydo..... 552	GUARDIAN 4 TRANSMITTER..... 709, 877
<i>glucosamine 2kcl-msm-</i> <i>chondroit</i> 955	GLYRX-PF..... 46	GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER..... 709, 877
<i>glucosamine sulfate</i> 955	GLYTACTIN BETTERMILK 5-5..... 324	GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER..... 709, 877
	GLYXAMBI..... 495	GUARDIAN SENSOR 3 709, 877
	GM100..... 709, 754, 876	GUMMY DINOS..... 350
	GOCOVRI..... 457	GVOKE..... 476
	GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP..... 755, 877	GVOKE HYPOPEN 1-PACK 475
	GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL..... 709, 877	GVOKE HYPOPEN 2-PACK 475
	GOJJI LANCETS..... 709, 877	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE..... 475
	GOJJI LANCING DEVICE 709, 877	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE..... 476
	GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER..... 725, 726, 877	GYNAZOLE-1..... 795
	GOLD BOND THERAPEUTIC FOOT..... 591	HAEGARDA..... 254
	<i>goldenseal root</i> 964	Hailey..... 191
	GOLYTELY..... 64	Hailey 24 Fe..... 191
		Hailey Fe 1.5/30 (28)..... 191
		Hailey Fe 1/20 (28)..... 191

HAIR, SKIN AND NAILS (BIOTIN).....	309	HEMAX.....	301	HOVYN.....	588
HAIR, SKIN AND NAILS (HERBS).....	338	HEMICLOR.....	235	HPR.....	591
HAIR,SKIN AND NAILS(FA- BIOTIN).....	338	HEMLIBRA.....	251	HPR PLUS.....	591
<i>halcinonide</i>	578	HEMMOREX-HC.....	524	HPR PLUS HYDROGEL.....	566
HALCION.....	424, 448	HEMOFIL M HIGH.....	267	HPR PLUS-MB HYDROGEL	566
<i>halobetasol propionate</i>	549, 578, 579	HEMOFIL M LOW.....	267	HUMALOG JUNIOR	
Haloette.....	186	HEMOFIL M MID.....	267	KWIKPEN U-100.....	480
HALOG.....	579, 580	HEMOFIL M SUPER HIGH.....	267	HUMALOG KWIKPEN	
<i>haloperidol</i>	420	HEP FLUSH-10 (PF)...	258, 261	INSULIN.....	480
<i>haloperidol lactate</i>	420	<i>heparin (porcine)</i>	258, 259	HUMALOG MIX 50-50	
HALUCORT.....	591	<i>heparin (porcine) in 0.9%</i> <i>nacl</i>	258, 261	KWIKPEN.....	477
HAPRODERM.....	591	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	258	HUMALOG MIX 75-25	
HARLIKU.....	988	<i>heparin lock flush (porcine)</i>	259, 262	KWIKPEN.....	477
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP.....	755, 878	HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF).....	259, 262	HUMALOG MIX 75-25(U- 100)INSULN.....	477
HARVONI.....	18	<i>heparin, porcine (pf)</i>	259, 262	HUMALOG TEMPO PEN(U- 100)INSULN.....	480
HAVRIX (PF).....	363	HEPLISAV-B (PF).....	366	HUMALOG U-100 INSULIN	481
HAXCHLO.....	559	HEPSERA.....	36	HUMATE-P.....	267
HAXCHLODREX.....	559	HEPZATO (50 MM CATHETER).....	157	HUMATROPE.....	513
HAXDRAX.....	614	HEPZATO (62 MM CATHETER).....	158	HUMIRA.....	67, 118, 151
HCU GEL POWDER.....	325	HER STYLE.....	184, 186	HUMIRA PEN.....	67, 118, 151
HCU MAXAMUM.....	325	HERBAL COLON CLEANSER.....	960	HUMIRA(CF).....	67, 118, 151
HEALON GV PRO.....	999	HERNEXEOS.....	174	HUMIRA(CF) PEN.....	67, 118, 151
HEALON PRO.....	999	HETLIOZ.....	451	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS..	67, 118, 151
HEALON5 PRO.....	999	HETLIOZ LQ.....	451	HUMIRA(CF) PEN PSOR- UV-ADOL HS.....	67, 118, 151
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR.....	709, 878	HEXIOUNYL.....	558	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN.....	514
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL.....	709, 878	HI-D ADEK GUMMIES PLUS ZINC.....	320	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN.....	514
HEALTHPRO TEST STRIPS	755, 878	HI-D DROP.....	350	HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN.....	515
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE.....	674, 878	HIGH POTENCY MULTIVIT (W-IRON).....	321	HUMULIN N NPH U-100 INSULIN.....	515
HEALTHWISE PEN NEEDLE.....	674, 879	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN.....	321	HUMULIN R REGULAR U- 100 INSULN.....	514
HEALTHY EYES LUTEIN- ZEAXANTHIN.....	958	HISTEX-AC.....	101	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN.....	514
HEALTHY EYES SUPERVISION2.....	958	HIXDEFRIMA.....	614	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....	514
Heather.....	187	HIZENTRA.....	357	HURRI-FREEZE.....	563
HEMADY.....	504	HOMATROPAIRE.....	999	HYALGAN.....	802, 803
HEMANGEOL.....	243	HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM.....	780, 879	HYCANTIN.....	181
HEMATEX.....	300	HOMINEX-2.....	325	HYCLODEX.....	535, 792
HEMATOGEN.....	301	HORIZANT.....	471	HYCODAN (WITH HOMATROPINE).....	102
HEMATOGEN FORTE.....	301	HORMONE PROTECT.....	964	<i>hydralazine</i>	250
HEMATRON-AF.....	301	HORNY GOAT WEED PLUS.....	964		

HYDRALYTE.....	315	<i>hydroxyethyl</i>		IHEALTH COVID-19 AG	
HYDRALYTE PLUS.....	315	<i>methacrylate, bulk</i>	790	HOME TEST.....	639, 879
HYDRATING		HYDROXYM.....	582	IHEALTH GLUCO PLUS	
ELECTROLYTE.....	315	<i>hydroxypropyl cellulose</i>	787	METER.....	709, 879
HYDRATING		<i>hydroxyurea</i>	160	IHEALTH GLUCOSE TEST	
ELECTROLYTE SF.....	315	<i>hydroxyzine hcl</i>	433	STRIP.....	756, 879
HYDRATION MULTIPLI		<i>hydroxyzine pamoate</i>	433	IHEEZO (PF).....	1009
SUGAR FREE.....	315	HYFTOR.....	540	ILET INFUSION KIT-INSET	
HYDRATION MULTIPLIER		HYGIENIC CLEANSING		23".....	773, 879
IMMUNE.....	315	LOTION.....	592	ILET INFUSION KIT-INSET	
HYDREA.....	160	HYLAZINC.....	298	32".....	773, 879
HYDRO 35.....	541	HYMOVIS.....	803	ILET INFUSION-CONTACT	
HYDRO 40.....	541	HYMPAVZI PEN.....	252	DTCH 23".....	773, 879
<i>hydrochlorothiazide</i>	235	<i>hyoscyamine sulfate</i>	51, 977	ILET INSULIN PUMP..	725, 880
<i>hydrocodone bitartrate</i>	120	HYOSYNE.....	51, 977	ILET STARTER KIT	
<i>hydrocodone-</i>		HYPER-SAL.....	788	CONTACT.....	722, 880
<i>acetaminophen</i>	128, 148	HYPOCYN ANTIPRURITIC		ILET STARTER KIT-INSET	
<i>hydrocodone-</i>		.....	535, 793	.....	722, 880
<i>chlorpheniramine</i>	108	HYPOCYN DERMAL...535, 793		ILEVRO.....	996
<i>hydrocodone-homatropine</i> ...	102	HYPOLANCE AST		ILEXOR.....	565
<i>hydrocodone-ibuprofen</i> 128, 148		LANCING.....	709, 879	ILIDERM.....	615
<i>hydrocortisone</i>		<i>hypromellose</i>	787	<i>imatinib</i>	167
.....	70, 504, 524, 581	HYQVIA.....	358	IMBRUVICA.....	156, 157, 167
<i>hydrocortisone acetate</i> 524, 580		HYSINGLA ER.....	121	IMIOXIA.....	558
<i>hydrocortisone butyrate</i>		HYZAAR.....	231	<i>imipramine hcl</i>	430
.....	580, 581	<i>ibandronate</i>	497	<i>imipramine pamoate</i>	430
HYDROCORTISONE		IBRANCE.....	176	<i>imiquimod</i>	601, 602
LOTION COMPLETE.....	532	IBSRELA.....	42	IMITREX.....	464
<i>hydrocortisone sod</i>		IBTROZI.....	167	IMITREX STATDOSE PEN.	464
<i>succinate</i>	504	Ibu.....	135	IMITREX STATDOSE	
<i>hydrocortisone valerate</i>		IBUPAK.....	135	REFILL.....	464
.....	581, 582	<i>ibuprofen</i>	135	IMKELDI.....	168
<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	791	<i>ibuprofen-famotidine</i>	131	IMMUNERX.....	338
<i>hydrocortisone-iodoquinol-</i>		<i>icatibant</i>	213	IMPACT ADVANCED	
<i>aloe2</i>	554	Iclevia.....	191	RECOVERY.....	327
<i>hydrocortisone-iodoquinol</i> ...	559	ICLOFENAC CP.....	612	IMPAVIDO.....	34
<i>hydrocortisone-iodoquinol-</i>		ICLUSIG.....	180	IMPOYZ.....	549, 582
<i>aloe</i>	554	<i>icosapent ethyl</i>	222	IMURAN.....	139, 379
<i>hydrocortisone-pramoxine</i>		ID NOW COVID-19 TEST		INBRIJA.....	457
.....	525, 582, 600	KIT.....	639, 879	Incassia.....	187
<i>hydrogen peroxide (bulk)</i>		IDARAN.....	597	IN-CHECK NASAL WITH	
.....	790, 792	IDEAL BOWEL SUPPORT...79		MASK.....	728, 880
Hydromet.....	102	IDELVION.....	270	IN-CHECK ORAL FLOW	
<i>hydromorphone</i>	120, 121	IDHIFA.....	164	METER.....	728, 880
<i>hydromorphone (pf)</i>	120	IDYYXIATAR.....	625	INCONTROL LANCING	
<i>hydromorphone (pf)-0.9 %</i>		IGALMI.....	460	DEVICE.....	709, 880
<i>nacl</i>	120	IGG 2000 CWP.....	313	INCONTROL PEN NEEDLE	
<i>hydroquinone</i>	544	IGG PURE.....	313	.....	674, 880
<i>hydroxocobalamin</i>	297	IHEALTH CONTROL SOLN		INCONTROL SUPER THIN	
<i>hydroxychloroquine</i>	17, 140	LEVEL 2.....	709, 879	LANCETS.....	709, 880

INCONTROL ULTRA THIN LANCETS.....	709, 880	INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER.....	780, 881	INSYTE IV CATHETER.....	641, 883
INCRELEX.....	503	<i>inositol</i>	312	INTEGRA SYRINGE... 653, 883	
INCRUSE ELLIPTA.....	96	<i>inositol-choline bitartrate</i>	236	INTELENCE.....	4
<i>indapamide</i>	235	INPEFA.....	473	INTELISWAB COVID-19 HOME TEST.....	639, 883
INDERAL LA.....	243	INPEN (FOR HUMALOG) BLUE.....	674, 881	INTENSE DRY SKIN THERAPY.....	592
INDERAL XL.....	243	INPEN (FOR HUMALOG) GREY.....	674, 881	INTERLINK LEVER LOCK CANNULA.....	664, 883
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST.....	639, 880	INPEN (FOR HUMALOG) PINK.....	674, 881	INTERLINK SYRINGE AND CANNULA.....	653, 883
<i>indomethacin</i>	138	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE.....	674, 882	Introvale.....	191
INFANT-TODDLER MULTIVIT.....	293	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY.....	675, 882	INTUNIV ER.....	432
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN.....	293	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK.....	675, 882	INVACARE LANCETS.....	710, 883
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON.....	350	INQOVI.....	175	INVEGA.....	432
INFASURF.....	110	INREBIC.....	173	INVELTYS.....	1002
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH.....	709, 880	INSPIRACHAMBER....	780, 882	INVOKAMET.....	486
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW.....	710, 880	INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE.....	780, 882	INVOKAMET XR.....	486
INFINITY CONTROL SOLUTION NORM.....	710, 880	INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED.....	780, 882	INVOKANA.....	486
INFINITY METER KIT.....	710, 880	INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL.....	780, 882	INZDEAXIATAR.....	623
INFINITY STARTER KIT.....	710, 880	INSPIRATION ELITE FILTER.....	780, 882	INZDEAXIAVAR.....	623
INFINITY TEST STRIPS.....	756, 881	INSPIRA.....	234, 246	INZDEOXIA.....	619
INFLAMMACIN.....	132	INSTA-GLUCOSE (WITH DEXTRIN).....	476	INZIRQO.....	235
INFLAMMA-K.....	612	INSUFLOX.....	772, 882	IODOFLEX.....	793
INFLATHERM(DICLOFENA C-MENTHOL).....	132	INSUL-CAP.....	710, 882	IODOSORB.....	793
INGREZZA.....	461, 468, 469	INSUL-EZE.....	710, 882	IOPIDINE.....	1013
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV).....	461, 468	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	477	I-POL.....	359
INGREZZA SPRINKLE.....	461, 468, 469	<i>insulin aspart u-100</i>	481	I-PORT.....	664, 883
INJECT EASE LANCETS.....	710, 881	<i>insulin glargine-yfgn</i>	478	I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT.....	664, 884
INLYTA.....	168	<i>insulin lispro</i>	481	I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT.....	664, 884
INNOPRAN XL.....	243	<i>insulin lispro protamin-lispro</i>	477	<i>ipratropium bromide</i>	96, 103
INNOSPIRE DELUXE.....	780, 881	<i>insulin syr/ndl u100 half mark</i>	675, 882	<i>ipratropium-albuterol</i>	113
INNOSPIRE ELEGANCE.....	780, 881	INSULIN SYRINGE.....	675, 882	IQIRVO.....	115
INNOSPIRE ESSENCE.....	780, 881	<i>insulin syringe-needle u-100</i>	675, 883	<i>irbesartan</i>	217
INNOSPIRE GO.....	780, 881	<i>insulin u-500 syringe-needle</i>	675, 883	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	231
NEBULIZER.....	641, 881	INSUPEN PEN NEEDLE.....	675, 883	IRESSA.....	178
INNOSPIRE MINI.....	780, 881			IRON (FERROUS SULFATE).....	300
				<i>iron bisglycinate chelate</i>	300
				IRON FOLATE PLUS.....	301
				<i>iron,carbonyl-vitamin c</i>	301
				IRRIGATION SYRINGE.....	653, 884
				ISENTRESS.....	23, 24
				ISENTRESS HD.....	23
				Isibloom.....	191

I-SIGHT.....	958	Javygtor.....	986	KATARVIA.....	560
<i>isoflurane</i>	152	JAYPIRCA.....	157, 168	KATARYA.....	560
ISOLEUCINE 1000.....	277, 324	Jaythari.....	504	KATARYAXN.....	560
ISOLEUCINE AMINO ACID		JELMYTO.....	157	KATERZIA.....	229
SUPPLMNT.....	277, 324	Jencycla.....	187	KAXM.....	544
<i>isoniazid</i>	24	JENTADUETO.....	518	KAZANO.....	519
<i>isopropyl alcohol</i>	789	JENTADUETO XR.....	518	KAZURI.....	540
ISORDIL.....	245	Jinteli.....	492	KEFUNOVA.....	600
ISORDIL TITRADOSE.....	245	JIVI.....	267	KEIDO.....	560
<i>isosorbide dinitrate</i>	245	JOENJA.....	987	Kelnor 1/35 (28).....	192
<i>isosorbide mononitrate</i>	245, 246	JOINT COMFORT AND		Kelnor 1/50 (28).....	192
<i>isosorbide-hydralazine</i>	232	MOVEMENT.....	964	KELOTOP.....	785, 884
<i>isotretinoin</i>	630	JOINT HEALTH-BONE		KENALOG.....	504, 582
<i>isradipine</i>	228	STRENGTH.....	291	KENALOG-80.....	504
ISTALOL.....	998	JOLESSA.....	191	KENDALL DISINFECTANT	
ISTURISA.....	495	JORNAY PM.....	438	CAP.....	664, 884
IS-ZC 50.....	311	JOURNAVX.....	116	KENGUARD FOLEY	
ITHOXIA.....	628	Joyeaux.....	191	CATHETER.....	663, 884
ITOVEBI.....	165	JUBLIA.....	599	KEPPRA.....	446
<i>itraconazole</i>	16	Juleber.....	191	KEPPRA XR.....	447
<i>ivabradine</i>	242	JULUCA.....	20	KERAGEL.....	537, 884
I-VALEX-2.....	323	Junel 1.5/30 (21).....	192	KERAGELT.....	538, 884
IVENIX ADMIN SET 2INLET		Junel 1/20 (21).....	192	KERALYT.....	542
2YSITE.....	642, 884	Junel Fe 1.5/30 (28).....	192	KERAMATRIX.....	630
IVENIX ADMIN SET 2INLET		Junel Fe 1/20 (28).....	192	KERASTAT.....	568
Y-SITE.....	642, 884	Junel Fe 24.....	192	KERAXA.....	612
<i>ivermectin</i>	2, 598	JUST 4 KIDZ MULTIVIT-		KERENDIA.....	247
IWILFIN.....	154	PROBIOTIC.....	350	KERIDA.....	540
IXINITY.....	270	JUST RIGHT 5000.....	371	KERLIX AMD.....	538, 884
IYUZEH (PF).....	1011	JUVAZIN.....	565	KESIMPTA PEN.....	520
JADENU.....	206	JUVEN (WITH COLLAGEN).....	313	KETARYA.....	560
JADENU SPRINKLE.....	206	JUXTAPID.....	216	<i>ketoconazole</i>	36, 606
Jaimiess.....	202	JYLAMVO.....	149, 158	Ketodan.....	607
JAKAFI.....	177	JYNARQUE.....	982	KETODAN KIT.....	606
JALYN.....	972	K1-1000.....	345	KETONE CARE.....	772, 884
Jantoven.....	258	K2-D3 MAX.....	347	KETONE URINE TEST.....	772, 884
JANUMET.....	518	Kaitlib Fe.....	192	KETONEX-2.....	325
JANUMET XR.....	518	KALETRA.....	27	<i>ketoprofen</i>	135
JANUVIA.....	517	Kalliga.....	192	<i>ketorolac</i>	137, 996, 997
JARDIANCE.....	486	KALYDECO.....	92	KETOSTIX.....	772, 885
JARRO-DOPHILUS		KANGAROO 924 SAFETY		KEVARAXAP.....	560
ALLERGEN FREE.....	80	SCREW.....	665, 884	KEVARTIA.....	560
JARRO-DOPHILUS BABY....	80	KANGAROO EPUMP SET		KEVARYA.....	560
JARRO-DOPHILUS EPS.....	80	.....	665, 884	KEVEYIS.....	799
JARRO-DOPHILUS PLUS		KANGAROO GRAVITY SET		KEVZARA.....	144
FOS.....	80	.....	665, 884	KEXM.....	544
JARRO-DOPHILUS		KAPSPARGO SPRINKLE... ..	232	KEYA.....	561
WOMEN.....	80	KARBINAL ER.....	94, 101	KEYFOLIC.....	338
Jasmiel (28).....	191	Kariva (28).....	202	KHINDIVI.....	504
JATENZO.....	484	KATARAXAP.....	560	KIDS BONES-MUSCLES....	291

KIDS BRAIN BUILDER.....	348	KONVOMEPI.....	68	LAMICTAL ODT STARTER	
KIDS MELATONIN.....	454	KOREAN GINSENG.....	964	(BLUE).....	388, 398
KIDS MULTI ZERO.....	350	KORLYM.....	519	LAMICTAL ODT STARTER	
KIDS SLEEP CALM.....	452	KOSELUGO.....	171	(GREEN).....	388, 398
KIDS SLEEP IMMUNE		KOSHER PRENATAL PLUS		LAMICTAL ODT STARTER	
HEALTH.....	452	IRON.....	279	(ORANGE).....	388, 398
KIMONO LUBRICATED		KOTARAXAP.....	561	LAMICTAL STARTER	
CONDOMS.....	634, 885	KOVALTRY.....	268	(BLUE) KIT.....	388, 398
KIMONO MICROTHIN		K-PHOS NO 2.....	976	LAMICTAL STARTER	
AQUA LUBE CON.....	635, 885	K-PHOS ORIGINAL.....	976	(GREEN) KIT.....	388, 398
KIMONO MICROTHIN		KPN.....	279	LAMICTAL STARTER	
CONDOMS.....	635, 885	KRAZATI.....	174	(ORANGE) KIT.....	389, 398
KIMONO MICROTHIN		<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-</i>		LAMICTAL XR.....	399
LARGE CONDOMS.....	635, 885	<i>ast</i>	236	LAMICTAL XR STARTER	
KIMONO TEXTURED		KRINTAFEL.....	17	(BLUE).....	399
CONDOMS.....	635, 885	Kristalose.....	89	LAMICTAL XR STARTER	
KIMONO THIN		Kurvelo (28).....	192	(GREEN).....	399
LUBRICATED CONDOMS		KUTAR.....	561	LAMICTAL XR STARTER	
.....	635, 885	KUTARVIA.....	561	(ORANGE).....	399
KINDERLYTE HERBAL		KUTARYAXM.....	561	LAMIOFLUR.....	373
IMMUNITY.....	315	KUTARYAXMPA.....	561	<i>lamivudine</i>	23, 36
KINDERMED INFANTS		KUTEA.....	544	<i>lamivudine-zidovudine</i>	19
COUGH PLUS.....	957	KUVAN.....	986	<i>lamotrigine</i>	389, 399
KINDERMED INFANTS		KUVARYA.....	561	LAMPIT.....	26
NIGHT COUGH.....	957	KUVARYE.....	561	<i>lancets</i>	710, 885
KINERET.....	143	KUXM.....	544	LANCETS, SUPER THIN	
Kionex (With Sorbitol).....	328	KYLEENA.....	200	.....	710, 885
Kiprofen.....	136	KYNARA.....	540	LANCETS, THIN.....	710, 885
KIRSTY.....	481	KYZATREX.....	484	LANCETS, ULTRA THIN	
KIRSTY PEN.....	481	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>		.....	710, 885
KISQALI.....	177	.....	185, 202	<i>lancing device</i>	710, 885
KITABIS PAK.....	105	<i>l. acidophilus-b. coagulans</i>	80	LANCING DEVICE WITH	
KLARITY (CHONDROITIN)		L.E.T. (LIDO-EPINEPH-		LANCETS.....	710, 885
(PF).....	994	TETRA).....	552	<i>lancing device with lancets</i>	
KLARON.....	611	L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-		.....	710, 885
Klayesta.....	589	TETRA).....	552	LANCING SYSTEM.....	710, 885
KLISYRI (250 MG).....	540	<i>labetalol</i>	230	LANOLIN (HPA).....	569
KLISYRI (350 MG).....	540	<i>lacosamide</i>	397	LANOXIN.....	209
KLONOPIN.....	424, 427, 449	<i>lactase</i>	52	<i>lansoprazole</i>	54
Klor-Con.....	318	<i>lactated ringers</i>	345	<i>lanthanum</i>	981
Klor-Con 10.....	318	LACTEOL DIARRHEASE.....	80	LANZO LANCING DEVICE	
Klor-Con 8.....	318	LACTEOL DIARRHEASE		.....	710, 885
Klor-Con M10.....	318	KIDS.....	80	<i>lapatinib</i>	179
Klor-Con M15.....	318	<i>lactobacillus acidophilus</i>	80	Larin 1.5/30 (21).....	192
Klor-Con M20.....	318	<i>lactobacillus acidoph-l.bulgar</i>	80	Larin 1/20 (21).....	192
KLOR-CON/EF.....	318	LACTOVIVE.....	81	Larin 24 Fe.....	192
KLOXXADO.....	207	<i>lactulose</i>	39, 89	Larin Fe 1.5/30 (28).....	193
KOATE.....	267	LAGEVRIO (EUA).....	35	Larin Fe 1/20 (28).....	193
KOGENATE FS.....	267	LAMICTAL.....	398	LASIX.....	214
KONSYL SUGAR-FREE.....	60	LAMICTAL ODT.....	388, 398	<i>latanoprost</i>	1011

LATUDA.....	419	<i>levorphanol tartrate</i>	121	LIQREV.....	211
LAYOLIS FE.....	193	LEVO-T.....	510	LIQUICAL PLUS.....	291
LAZCLUZE.....	179	<i>levothyroxine</i>	510	LIQUID C.....	305
LC PLUS.....	641, 885	LEVOXYL.....	510	LIQUID MULTIVITAMIN.....	338
LC PLUS NEBULIZER-PED		LEVSIN.....	51, 977	<i>liraglutide</i>	489
MASK.....	641, 885	LEVSIN/SL.....	52, 977	<i>lisdexamfetamine</i>	438
LC-655.....	292	LEVULAN.....	551	<i>lisinopril</i>	248
L-CARNITINE.....	307	LEXAPRO.....	450	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	
L-CARNITINE (TARTRATE)	307	Lexette.....	549, 582	.....	245
<i>L-cystine</i>	277	LIALDA.....	40	LITE TOUCH-MEDIUM	
LDO PLUS.....	552	LIBERVANT.....	424, 427	MASK.....	781, 886
<i>lecithin, soy</i>	211	LIBRAX (WITH CLIDINIUM)		LITEAIRE MDI CHAMBER	
LEENA 28.....	198	.....	47, 49, 424	.....	781, 886
LEFLUNICLO.....	144, 546	LICART.....	546	LITETOUCH-LARGE MASK	
<i>leflunomide</i>	144	LICE-BEDBUG-MITE		.....	781, 886
<i>lenalidomide</i>	179	BEDDING.....	528	LITETOUCH-SMALL MASK	
LENVIMA.....	168	<i>licorice root (g.glabra)</i>	964	.....	781, 886
LEQEMBI IQLIK.....	968	LIDO BDK.....	727	LITFULO.....	526
LEQSELVI.....	526	<i>lidocaine</i>	552	<i>lithium carbonate</i>	431
Lessina.....	193	<i>lidocaine hcl</i>	153, 367, 552	<i>lithium citrate</i>	431
LETAIRIS.....	239	<i>lidocaine hcl-hydrocortison</i>		LITHOBID.....	431
<i>letrozole</i>	182	<i>ac</i>	525, 600	LITHOLYTE.....	974
<i>leucovorin calcium</i>	155, 156	Lidocaine Viscous.....	367	LITHOSTAT.....	971
LEUKERAN.....	158	<i>lidocaine-hydrocortisone-</i>		LITTLE ANIMALS.....	294
LEUKINE.....	259	<i>aloe</i>	525	LIVALO.....	220
<i>leuprolide</i>	181	<i>lidocaine-prilocaine</i>	615	LIVDELZI.....	115
<i>levalbuterol hcl</i>	108	<i>lidocaine-racepinep-</i>		LIVER PROTECT.....	958
<i>levalbuterol tartrate</i>	108	<i>tetracaine</i>	552	LIVITA FOR ADULT.....	338
<i>levamlodipine</i>	229	<i>lidocaine-tetracaine</i>	552	LIVITA FOR CHILDREN.....	350
LEVBID.....	51, 977	Lidocan lii.....	552	LIVMARLI.....	116
<i>levetiracetam</i>	447	Lidocan Iv.....	552	LIVTENCITY.....	26
LEVICYN ANTIPRURITIC		Lidocan V.....	552	L-MESITRAN SOFT.....	538
.....	530, 534	LIDODERM.....	553	LMR PLUS.....	615
LEVICYN ANTIPRURITIC		LIDOMARK 1-5.....	153	LO LOESTRIN FE.....	202
SG.....	592	LIDOMARK 2-5.....	153	LOCOID.....	583
LEVICYN DERMAL.....	535	LIDOPIN.....	553	LOCOID LIPOCREAM.....	582
<i>levobunolol</i>	998	LIDOPURE PATCH.....	553	Lodine.....	138
<i>levocarnitine</i>	307, 990	LIDORX.....	553	LODOCO.....	116
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	990	LIDTOPIC.....	553	LODOSYN.....	459
<i>levocarnitine tartrate</i>	308	LIDTOPIC MAX.....	553	Loestrin 1.5/30 (21).....	193
<i>levocetirizine</i>	95, 110, 111	LIKMEZ.....	18	Loestrin 1/20 (21).....	193
<i>levofloxacin</i>	7, 991	LILETTA.....	201	Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day).....	193
Levonest (28).....	198	<i>linezolid</i>	7	Loestrin Fe 1/20 (28-Day).....	193
<i>levonorgest-eth.estradiol-</i>		LINZESS.....	43, 58	Lofena.....	134
<i>iron</i>	193	Liomny.....	509	<i>lofexidine</i>	373
<i>levonorgestrel</i>	184, 186	<i>liothyronine</i>	509	LOFRIC.....	663, 886
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	193	LIPITOR.....	220	LOFRIC ORIGO.....	663, 886
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>		LIPOCHOL PLUS.....	236	LOFRIC PRIMO NELATON	
.....	198	LIPOFEN.....	225	CATHETER.....	663, 886
Levora-28.....	193	LIPO-FLAVONOID.....	310		

LOFRIC SENSE NELATON	LUMIGAN.....	1011	<i>magnesium chloride</i>	292
CATHETER.....	LUMRYZ.....	393	<i>magnesium citrate</i>	292
Lojaimiess.....	LUMRYZ STARTER PACK..	393	<i>magnesium citrate,mag</i>	
LOKELMA.....	LUNESTA.....	416	<i>oxide</i>	292
LOMOTIL.....	LUPKYNIS.....	378	<i>magnesium citrate-lemon</i>	
LONSURF.....	<i>lurasidone</i>	419	<i>balm</i>	316
<i>loperamide</i>	Lurbipr.....	136	MAGNESIUM COMPLEX....	292
LOPID.....	Lurbiro.....	136	<i>magnesium gluconate</i>	292
<i>lopinavir-ritonavir</i>	<i>lutein</i>	958	<i>magnesium glycinate</i>	292
LOPRESSOR.....	LUTEIN PLUS WITH		MAGNESIUM OPTIMIZER..	316
LOPROX (AS OLAMINE)....	ZEAXANTHIN.....	339, 958	<i>magnesium oxide</i>	58, 292
LOPROX KIT.....	<i>lutein-zeaxanthin</i>	959	MALARONE.....	30
<i>lorazepam</i>	<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext</i>		MALARONE PEDIATRIC.....	30
Lorazepam Intensol.....	.....	959	<i>malathion</i>	528
LORBRENA.....	Lutera (28).....	194	<i>maraviroc</i>	34
LOREEV XR.....	LUXAMEND.....	592	MAR-COF BP.....	101
LORMATE.....	LUXIQ.....	583	MAR-COF CG.....	103
Loryna (28).....	LUZU.....	607	MARINOL.....	45, 395, 985
<i>losartan</i>	LYBALVI.....	386, 418, 422	Marlissa (28).....	194
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	Lyleq.....	187	MARNATAL-F.....	279
LOTEMAX.....	Lyllana.....	502	MARPLAN.....	433
LOTEMAX SM.....	LYNPARZA.....	165	MARVONA SUIK (PF).....	153
LOTENSIN.....	LYRICA.....	397, 455	MATERVIA.....	306
LOTENSIN HCT.....	LYRICA CR.....	384, 394, 462	MATULANE.....	181
<i>loteprednol etabonate</i>	<i>lysine hcl</i>	277	Matzim La.....	228
Lotrel.....	LYSODREN.....	161	MAVENCLAD (10 TABLET	
LOTREL.....	LYTGOBI.....	162	PACK).....	520
LOTREXONE.....	LYUMJEV KWIKPEN U-100		MAVENCLAD (4 TABLET	
LOTRONEX.....	INSULIN.....	481	PACK).....	520
LOUNZDOMDIOXIATAR.....	LYUMJEV KWIKPEN U-200		MAVENCLAD (5 TABLET	
LOUTREX.....	INSULIN.....	482	PACK).....	520
<i>lovastatin</i>	LYUMJEV TEMPO PEN(U-		MAVENCLAD (6 TABLET	
Lovaza.....	100)INSULN.....	482	PACK).....	520
LOVENOX.....	LYUMJEV U-100 INSULIN..	482	MAVENCLAD (7 TABLET	
Low-Ogestrel (28).....	LYVISPAH.....	801	PACK).....	520
<i>loxapine succinate</i>	Lyza.....	187	MAVENCLAD (8 TABLET	
LOYON.....	<i>maca</i>	964	PACK).....	520
Lo-Zumandimine (28).....	MACROBID.....	28, 975	MAVENCLAD (9 TABLET	
<i>lubiprostone</i>	<i>mafenide acetate</i>	594	PACK).....	520
LUCEMYRA.....	<i>mag citrate-potassium citrate</i>		MAVILO.....	561
LUCIRA CHECK-IT COVID	.....	316	MAVILO HP.....	561
HOME TST.....	MAGE.....	81	MAVILO LP.....	561
LUER LOCK SYRINGE	MAGELLAN INSULIN		MAVYRET.....	30
.....	SAFETY SYRNG.676, 886, 887		MAX SLEEP JUNIOR.....	454
LUER SLIP TIP SYRINGE	MAGELLAN SAFETY		MAXALT.....	464
TRAY.....	SYRINGE.....	653, 887	MAXALT-MLT.....	464
LUER-LOK TIP.....	MAGELLAN SYRINGE		MAXFE (FOLATE).....	302
LUGOLS.....	.....	653, 676, 887	MAXICOMFORT II PEN	
<i>luliconazole</i>	MAGIC3 INTERMITTENT		NEEDLE.....	676, 887
LUMAKRAS.....	CATHETER.....	664, 887		

MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE..... 676, 887	MEDORFA HP PLUS..... 544	MEN'S 50 PLUS
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE..... 676, 887	MEDORFA LP..... 545	MULTIVITAMIN..... 339
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE..... 676, 887	MEDORFA PLUS..... 562	MEN'S DAILY GUMMIES.... 339
MAXIDEX..... 1003	MEDROL..... 505	MEN'S DAILY MULTIVITAMIN..... 339
MAXITROL..... 1006	MEDROL (PAK)..... 504	MEN'S MULTIVITAMIN..... 339
MAXI-TUSS AC..... 103	MEDROLOAN II SUIK..... 505	MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES..... 339
MAXI-TUSS CD..... 101	MEDROLOAN SUIK..... 505	MENTHO-CAINE..... 615
MAYZENT..... 522	<i>medroxyprogesterone</i> .. 203, 493	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)..... 354
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT)..... 522	MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23"..... 773, 888	<i>meperidine</i> 121
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT)..... 522	MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32"..... 773, 888	<i>meperidine (pf)</i> 121
MB HYDROGEL..... 567	<i>mefenamic acid</i> 134	<i>meprobamate</i> 433
MB HYDROGEL (CYCLOMETHICONE)..... 566	<i>mefloquine</i> 17	MEPRON..... 34
MC 300 NEBULIZER W- MOUTHPIECE..... 641, 888	MEGARED ADV TOTAL BODY REFRESH..... 236	<i>mercaptopurine</i> 160
MC 300 NEBULIZER- UNVRSL TUBING..... 641, 888	MEGARED ADVANCED 4- IN-1..... 236	MERIOLOG..... 482
MCT OIL..... 326	MEGARED ADVANCED TOTAL BODY..... 236	MERIOLOG SOLOSTAR..... 482
MCT PRO-CAL..... 327	MEGARED OMEGA-3	Merzee..... 194
<i>meclizine</i> 44	KRILL OIL..... 237	<i>mesalamine</i> 40
<i>meclofenamate</i> 134	<i>megestrol</i> 182, 984, 985	<i>mesalamine with cleansing wipe</i> 40
<i>mecobalamin (vitamin b12)</i> . 297	MEKAM..... 562	<i>mesna</i> 155
MECORIX..... 561	MEKAM HP..... 562	MESNEX..... 155
MECORIX HP..... 561	MEKINIST..... 171	MESTINON..... 798
MECORIX PLUS..... 561	MEKTOVI..... 171	MESTINON TIMESPAN..... 798
MEDCAPS MENOPAUSE... 964	<i>melatonin</i> 454, 956	METADATE CD..... 439
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY).... 538, 888	MELATONINMAX..... 455	Metadate Er..... 439
MEDIHONEY (HONEY).... 538	<i>melatonin-pyridoxine (vit b6)</i> 452, 964	METAMUCIL (INULIN- CORN FIBER)..... 60
MEDISENSE..... 710, 888	<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6)</i> 452, 453, 964	METANX FC..... 348
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO..... 710, 888	<i>melatonin-theanine</i> 453	<i>metaxalone</i> 801
MEDISENSE GLUCOSE KETONE..... 710, 888	Meleya..... 187	METDRAY..... 568
MEDISENSE MID CONTROL..... 711, 888	MELIDU..... 562	METER-CHECK..... 711, 888
MEDISENSE THIN LANCETS..... 711, 888	MELONDIS..... 562	<i>metformin</i> 483
<i>medium chain triglycerides</i> .. 326	MELONDIS PLUS..... 562	<i>methadone</i> 121, 122
MEDLANCE PLUS LANCETS..... 711, 888	<i>meloxicam</i> 136	Methadone Intensol..... 121
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE..... 711, 888	<i>meloxicam submicronized</i> ... 136	METHADOSE..... 122
MEDORFA..... 545	<i>memantine</i> 970	Methadose..... 122
MEDORFA HP..... 544	<i>memantine-donepezil</i> 968	<i>methamphetamine</i> 414, 439
	MEN 50 PLUS	<i>methazolamide</i> 214
	MULTIVITAMIN..... 339	<i>methenamine hippurate</i> . 38, 975
	MENEST..... 502	<i>methenamine mandelate</i> 38, 975
	MENOFEM..... 964	<i>methen-sod phos-meth blue- hyos</i> 37, 979
	MENOPUR..... 511	<i>me-thfolate glucos-</i>
	MENOSTAR..... 502	<i>mecobalamin</i> 346
	MENQUADFI (PF)..... 354	<i>methimazole</i> 473
		METHIONINE..... 277, 325

METHITEST.....	484	MICROCHAMBER.....	781, 889	MINI PLUS NEBULIZER	.....	641, 890
<i>methocarbamol</i>	801	MICROCYN.....	536, 793	MINI PRENATAL.....	279	
METHOCEL E 4 M.....	787	MICRODOT BLOOD		MINI ULTRA-THIN II....	677, 890	
<i>methotrexate sodium</i> ...	149, 158	GLUCOSE SYSTEM		MINI WRIGHT PEAK FLOW		
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	.....	.....	711, 757, 889	METER.....	728, 890	
.....	149, 158	MICRODOT HIGH-LOW		MINIMED 630G INSULIN		
<i>methoxsalen</i>	544	CONTROL.....	711, 889	PUMP.....	725, 890	
<i>methscopolamine</i>	52	MICRODOT NORMAL		MINIMED 770G INSULIN		
<i>methsuximide</i>	412	CONTROL.....	711, 889	PUMP.....	725, 890	
METHYL PROTECT.....	348	MICRODOT XTRA BLOOD		MINIMED 780G INSULIN		
<i>methyl salicylate</i>	529	GLUCOSE.....	757, 890	PUMP.....	725, 891	
<i>methyl dopa</i>	213	Microgestin 1.5/30 (21).....	194	MINIMED MIO ADVANCE		
<i>methyl dopa-</i>		Microgestin 1/20 (21).....	194	INF SET23".....	773, 891	
<i>hydrochlorothiazide</i>	212	Microgestin Fe 1.5/30 (28)...	194	MINIMED MIO ADVANCE		
<i>methylene blue (bulk-solid)</i> ..	789	Microgestin Fe 1/20 (28).....	194	INF SET43".....	773, 891	
<i>methylergonovine</i>	517	MICROLET 2 LANCING		MINIMED QUICK SET 18"	.....	773, 891
METHYLIN.....	390, 439	DEVICE.....	711, 890	.....	773, 891	
<i>methylphenidate</i>	440	MICROLET LANCET...711, 890		MINIMED QUICK SET 23"	.....	773, 891
<i>methylphenidate hcl</i>	.....	MICROLET NEXT LANCING		.....	773, 891	
.....	390, 439, 440	DEVICE.....	711, 890	MINIMED QUICK SET 32"	.....	773, 891
<i>methylprednisolone</i>	505	MICROLIFE PEAK FLOW		.....	773, 891	
<i>methyltestosterone</i>	484	METER.....	728, 890	MINIMED QUICK SET 43"	.....	773, 891
<i>methyltetrahydrofolate</i>		MICRONEX.....	321	.....	773, 891	
<i>glucos</i>	298	MICROSPACER.....	781, 890	MINIMED QUICK-SERTER		
<i>metoclopramide hcl</i>	43	MICURADERM.....	555, 592	(MMT-395).....	711, 891	
<i>metolazone</i>	235	<i>midazolam</i>	152, 425, 448	MINIMED SILHOUETTE 18"	.....	774, 891
<i>metoprolol succinate</i>	232	<i>midazolam (pf)</i>	152, 425	.....	774, 891	
<i>metoprolol ta-</i>		<i>midodrine</i>	249	MINIMED SILHOUETTE 23"	.....	774, 891
<i>hydrochlorothiaz</i>	226	MIEBO (PF).....	994	.....	774, 891	
<i>metoprolol tartrate</i>	232, 233	MIFEPREX.....	473	MINIMED SILHOUETTE 32"	.....	774, 891
METROCREAM.....	598	<i>mifepristone</i>	473, 519	.....	774, 891	
METROGEL.....	598	MIGERGOT.....	472	MINIMED SILHOUETTE 43"	.....	774, 891
METROLOTION.....	598	<i>miglitol</i>	499	.....	774, 891	
<i>metronidazole</i>	18, 598, 796	<i>miglustat</i>	989	MINIMED SURE T 18".	774, 891	
<i>metyrosine</i>	212	MIGRANAL.....	467	MINIMED SURE T 23".	774, 891	
<i>mexiletine</i>	235	MIGRANOW.....	464	MINIMED SURE T 32".	774, 892	
MIACALCIN.....	498	Mili.....	194	MINIVELLE.....	502	
Mibelas 24 Fe.....	194	<i>milk thistle</i>	964	<i>minocycline</i>	11, 145, 604	
MICARDIS.....	217	<i>milk thistle sd ext-blessed th</i>	964	<i>minoxidil</i>	250	
MICARDIS HCT.....	231	<i>milk thistle seed extract</i>	964	MINREX.....	318	
<i>miconazole nitrate-zinc ox-</i>		MIMORA.....	562	Minzoya.....	195	
<i>pet</i>	607	Mimvey.....	492	MIPLYFFA.....	985	
MICONAZOLE-3.....	796	MINCORA.....	348	MIRAPEX ER.....	458	
MICORT-HC.....	524, 583	MIND AND MEMORY.....	964	MIRCERA.....	258	
MICRO BLOOD GLUCOSE		MINERIN CREME.....	592	MIRENA.....	201	
.....	756, 889	MINI LANCING DEVICE		MIRO3D.....	630	
MICRO THIN LANCETS		.....	711, 890	MIRO3D FIBERS.....	630	
.....	711, 889	MINI MULTIVITAMINS-		MIRODERM		
MICROAIR MESH		IRON.....	321	FENESTRATED.....	631	
NEBULIZER.....	641, 889					

MIRODERM		MONOJECT 35CC		MONOJECT SYRINGE	
FENESTRATED PLUS.....	630	SYRINGE CATH TIP ...	653, 892	TOOMEY TYPE.....	657, 897
MIRODRY WOUND		MONOJECT 3CC SYR		MONOJECT TB.....	657, 897
MATRIX.....	631	25GX1".....	653, 892	MONOJECT TB LUER LOK	
MIROTRACT.....	631	MONOJECT ALLERGY		.....	657, 897
<i>mirtazapine</i>	410	TRAY.....	653, 654, 892	MONOJECT TB REGULAR	
MIRVASO.....	598	MONOJECT ALLERGY		LUER TIP.....	657, 897
<i>misoprostol</i>	51	TRAY DETACH.....	653, 892	MONOJECT TB SAFETY	
MITIGARE.....	967	MONOJECT BLOOD		SYRINGE.....	657, 897
<i>mitomycin (pf) in water</i>	993	COLLECTION.....	724, 892	MONOJECT TUBERCULIN	
MITOPRIME.....	959	MONOJECT CONTROL		SYRINGE.....	658, 897, 898
MITOSOL.....	993	SYRINGE LUER.....	654, 892	MONOJECT ULTRA	
MIUDELLA.....	203	MONOJECT DISPOSABLE		COMFORT INSULIN...	677, 898
MI-VITE RX.....	298	SYRINGE.....	654, 892	MONOLET LANCETS.	711, 898
MKO (MIDAZOLAM-		MONOJECT ECCENTRIC		MONOLET THIN LANCETS	
KETAMINE-ONDAN).....	152	NON-STERILE.....	654, 893	.....	711, 898
MMA-PA GEL.....	324	MONOJECT HYPODERMIC		Mono-Linyah.....	195
M-M-R II (PF)		NEEDLES.....	654, 893	MONOVISC.....	803
.....	352, 355, 358, 359, 365	MONOJECT INSULIN		MONSEL'S.....	253
M-NATAL PLUS.....	279	SAFETY SYRING.....	677, 893	<i>montelukast</i>	105
MNEXSPIKE 2025-2026		MONOJECT INSULIN		MONUROL.....	34, 976
(PF).....	362	SYRINGE.....	677, 893, 894	Morgidox.....	12
MOBILE LANCETS.....	711, 892	MONOJECT LUER		MORGIDOX 1X 50.....	11
<i>modafinil</i>	390	ADAPTER.....	664, 894	MORGIDOX 1X100.....	12
MODD1 PATIENT		MONOJECT LUER-LOCK		MORGIDOX 2X100.....	12
WELCOME KIT.....	722, 892	TIP.....	654, 894	<i>moringa oleifera</i>	965
MODD1 SUPPLY KIT ..	774, 892	MONOJECT MAGELLAN		<i>morphine</i>	122, 123
MODERNA COVID 24-		SYRINGE.....	654, 894	<i>morphine (pf)</i>	122
25(6M-11Y)PF.....	362	MONOJECT PHARMACY		<i>morphine concentrate</i>	122
MODEYSO.....	153	TRAY LUER.....	654, 655, 894	<i>morphine in 0.9 % sodium</i>	
<i>moexipril</i>	248	MONOJECT PHARMACY		<i>chlor</i>	122
MOISTURIZING CREAM...	592	TRAY REG TIP.....	655, 895	MOTEGRITY.....	61
MOISTURIZING NORMAL-		MONOJECT PREFILL		MOTOFEN.....	50
DRY SKIN.....	603	ADVANCED NS.....	313	MOTPOLY XR.....	397
MOITURIZING LOTION.....	592	MONOJECT REG TIP NON-		MOUNJARO.....	490
MOKURA.....	562	STERILE.....	655, 895	MOVANTIK.....	206
MOKURA LP.....	562	MONOJECT REGULAR		MOVE FREE PLUS MSM-	
MOKURA MOD.....	562	LUER.....	655, 895	VIT D3.....	955
MOKURA PLUS.....	562	MONOJECT SAFETY LUER		MOVIPREP.....	64
MOLEXI.....	562	LOCK TIP.....	655, 895	MOXATAG.....	4
<i>molindone</i>	434	MONOJECT SAFETY		MOXICAINE.....	553
<i>mometasone</i>	104, 583	SYRINGES.....	656, 895, 896	<i>moxifloxacin</i>	7, 992
Mondoxylene NI.....	11	MONOJECT SMARTIP		<i>moxifloxacin-bromfenac</i>	991
MONISTAT MAINTAIN.....	795	CANNULA.....	656, 896	MRESVIA (PF).....	351
MONO-FLO DRAINAGE		MONOJECT SYRINGE		MS CONTIN.....	123
BAG.....	634, 892	.....	656, 657, 677, 896, 897	MSUD GEL POWDER.....	325
MONOJECT 0.9% SODIUM		MONOJECT SYRINGE		MUCOSITISRX.....	369
CHLORIDE.....	313	LUER LOK.....	656, 896	MUGARD.....	367, 369
MONOJECT 140CC		MONOJECT SYRINGE		MULPLETA.....	255
PISTON SYRINGE.....	653, 892	REGULAR LUER.....	656, 896	MULTAQ.....	216

MULTI PRO.....	339	MYFORTIC.....	380	NATAL PNV.....	306
MULTIA DAILY		MYGLUCOHEALTH		NATAZIA.....	185
MULTIVITAMIN.....	339	.....	712, 757, 898	<i>nateglinide</i>	476
MULTI-LANCET DEVICE 2		MYGLUCOHEALTH		NATESTO.....	484
.....	712, 898	CONTROL SOLUTION	712, 898	NATROBA.....	528
MULTITOL-M.....	339	MYGLUCOHEALTH		NAYZILAM.....	425, 427
<i>multivit with min-folic acid</i>		LANCETS.....	712, 898	<i>nebivolol</i>	233
.....	339, 340	MYHIBBIN.....	380	<i>nebulizer and compressor</i>	
<i>multivit,calc,min-fa-k1-lycop</i>	340	MYLERAN.....	157	.....	781, 899
<i>multivitamin</i>	321	MYLK.....	291	NEBUPENT.....	38
MULTIVITAMIN GUMMIES.	340	MYNATAL.....	280	NEBUSAL.....	788
MULTI-VITAMIN WITH		MYNATAL ADVANCE.....	279	Necon 0.5/35 (28).....	195
FLUORIDE.....	295	MYNATAL PLUS.....	280	<i>nefazodone</i>	410
MULTIVITAMIN WOMEN 50		MYNATAL-Z.....	280	NEFFY.....	249
PLUS.....	340	MYNATE 90 PLUS.....	280	NEMLUVIO.....	526
MULTIVITAMIN-ZINC-		MYRBETRIQ.....	983	NENDRUX.....	568
STRESS.....	274	MYROSINASE.....	965	NEOCATE JUNIOR WITH	
MULTI-VIT-FLOR.....	295	MYSOLINE.....	396	PREBIOTICS.....	327
MULTIVIT-FLUORIDE		MYTESI.....	48	<i>neomycin</i>	6
(METAFOLIN).....	295	MYTHIUS.....	562	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	
<i>multivit-min-ferrous fumarate</i>		MYVORI.....	562	.....	1006
.....	340	MYXREDLIN.....	515	<i>neomycin-bacitracin-</i>	
<i>multivit-min-ferrous</i>		N.O.MAX ER.....	277	<i>polymyxin</i>	995
<i>gluconate</i>	340	<i>nabumetone</i>	137	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	974
<i>mupirocin</i>	555	<i>nadolol</i>	243	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>mupirocin calcium</i>	555	<i>naftifine</i>	613	<i>dexameth</i>	1006
MURI-LUBE.....	789	NAFTIN.....	613	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
MUSCUSOLICE.....	600	<i>nalbuphine</i>	147	<i>gramicidin</i>	995
MVW COMPLETE FORM		Nalocet.....	129, 141	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	
PROBIOT MINI.....	81	<i>naloxone</i>	207	.....	791, 1006
MVW COMPLETE FORMUL		NALTREX.....	116	NEONATAL COMPLETE....	280
PROBIOTIC.....	81	<i>naltrexone</i>	377	NEONATAL FE.....	300
MVW MODULATOR		NAMENDA TITRATION PAK		NEONATAL PLUS VITAMIN	
FORMUL MULTIVIT.....	340	.....	970	.....	280
MVW MODULATR FORM		NAMENDA XR.....	970, 971	NEONATAL-DHA.....	280
MINI MULTIVT.....	340	NAMZARIC.....	969	NEOPHE.....	324
MVW MODULATR		NANO 2ND GEN PEN		Neo-Polycin.....	995
FORMLTN PEDIATRIC.....	350	NEEDLE.....	677, 898	Neo-Polycin Hc.....	1006
MY CHOICE.....	185, 186	NANO PEN NEEDLE..	678, 898	NEORAL.....	140, 378
MY WAY.....	185, 186	NANOVM ADULT.....	340	NEOSALUS.....	592
MYALEPT.....	495	NANRAN.....	555	NEO-SYNALAR.....	559
MYCAPSSA.....	491	NAPROSYN.....	136	NEO-SYNALAR KIT.....	559
<i>mycophenolate mofetil</i>	140, 380	NAPROTIN.....	132	NEO-VITAL RX.....	280
<i>mycophenolate sodium</i>	380	<i>naproxen</i>	136	NEOVITE.....	340
MYDAYIS.....	440, 446	<i>naproxen sodium</i>	136	NEPHRO VITAMINS.....	274
MYDCOMBI.....	994	<i>naproxen-esomeprazole</i>	132	NEPHRON FA.....	274
Mydriacyl.....	999	<i>naratriptan</i>	464	NEPHRO-VITE.....	274
MYDRIATIC4(TROP-PROP-		NARCAN.....	207	NEPRO CARB STEADY.....	327
PE-KTRLC).....	991	NARDIL.....	433	NERLYNX.....	177
MYFEMBREE.....	516	NATACYN.....	992, 1014	NESINA.....	517

NESTABS ABC.....	280	Nikki (28).....	195	NORM-JECT TUBERKULIN	
NESTABS DHA.....	280	NILANDRON.....	183	.....	658, 899
NESTABS ONE.....	321	<i>nilotinib hcl</i>	168	NORMLGEL AG.....	555
Neuac.....	619	<i>nilutamide</i>	183	NORPACE.....	235
NEUAC KIT.....	619	<i>nimodipine</i>	233	NORPACE CR.....	235
NEULASTA.....	256	NINJACOF-XG.....	103	NORPRAMIN.....	430
NEULASTA ONPRO.....	256	NINLARO.....	162	NORTHERA.....	249
NEUPOGEN.....	256	<i>nisoldipine</i>	229	Nortrel 0.5/35 (28).....	195
NEUPRO.....	458	<i>nitazoxanide</i>	3	NORTREL 1/35 (21).....	195
NEURAPTINE.....	600	<i>nitisinone</i>	988	Nortrel 1/35 (28).....	195
NEURIVA ORIGINAL.....	965	Nitro-Bid.....	246	Nortrel 7/7/7 (28).....	198
NEURONTIN.....	455	NITRO-DUR.....	246	<i>nortriptyline</i>	430
NEUTEK 2TEK TEST		<i>nitrofurantoin</i>	28, 975	NORVASC.....	229
STRIPS.....	758, 899	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>		NORVIR.....	32
NEVANAC.....	997	.....	28, 975	NOSE CLIP.....	781, 899
<i>nevirapine</i>	4	<i>nitrofurantoin monohydlm-</i>		NOURIANZ.....	381
NEW DAY.....	185, 186	<i>cryst</i>	28, 975	NOVA MAX GLUCOSE	
NEW SKIN BOTANICALS...	565	<i>nitroglycerin</i>	246, 524	TEST.....	758, 899
NEW SKIN KIDS.....	565	NITROLINGUAL.....	246	NOVA MAX PLUS GLUC-	
NEW SKIN SENSITIVE.....	565	NITROMIST.....	246	KETON METER.....	726, 900
NEW ZEALAND WHEY		NITROSTAT.....	246	NOVA SAFETY LANCETS	
PROTEIN.....	313	NITRO-TIME.....	246	.....	712, 900
NEWFLORA.....	81	NITYR.....	988	NOVA SUREFLEX	
NEWGEN.....	280	NIVA THYROID.....	509	LANCETS.....	712, 900
NEXA PLUS.....	281	NIVESTYM.....	256	NOVACORT.....	601
NEXAVAR.....	180	NIX LICE PREVENTION....	534	NOVAFERRUM YAY IRON.	302
NEXIUM.....	54	<i>nizatidine</i>	53	NOVAMAX PLUS GLU-KET	
NEXIUM PACKET.....	55	NOBELA.....	615	.....	712, 900
NEXIVA.....	642, 899	NOCDURNA (MEN).....	491	NOVAREL.....	507
NEXLETOL.....	223	NOCDURNA (WOMEN).....	491	NOVAVAX COVID 2024-	
NEXLIZET.....	224	NOLIRA.....	553	25(PF)(EUA).....	362
NEXOBRID.....	593	NORA-BE.....	187	NOVOEIGHT.....	268
NEXPLANON.....	200	NORDITROPIN FLEXPPO..	513	NOVOFINE 32.....	678, 900
NEXTSTELLIS.....	195	<i>norelgestromin-</i>		NOVOFINE PLUS.....	678, 900
NGENLA.....	513	<i>ethin.estradiol</i>	200	NOVOLIN 70/30 U-100	
<i>niacin</i>	213, 303	<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i> .	195	INSULIN.....	514
<i>niacin (inositol niacinate)</i>	303	<i>norethindrone</i>		NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	
<i>niacinamide</i>	303	(<i>contraceptive</i>).....	187	U-100.....	514
Niacor.....	213	<i>norethindrone acetate</i>	493	NOVOLIN N FLEXPEN.....	515
<i>nicardipine</i>	229	<i>norethindrone ac-eth</i>		NOVOLIN N NPH U-100	
NICOTINAMIDE (WITH		<i>estradiol</i>	195, 493	INSULIN.....	515
CHROMIUM).....	340	<i>norethindrone-e.estradiol-</i>		NOVOLIN R FLEXPEN.....	515
<i>nicotine</i>	374	<i>iron</i>	195	NOVOLIN R REGULAR	
<i>nicotine (polacrilex)</i>	374	Norgesic Forte.....	799	U100 INSULIN.....	515
NICOTROL NS.....	374	<i>norgestimate-ethinyl</i>		NOVOLOG FLEXPEN U-	
<i>nifedipine</i>	229	<i>estradiol</i>	195, 198	100 INSULIN.....	482
NIFEREX (FERROUS		NORITATE.....	598	NOVOLOG MIX 70-30 U-	
ASPARTO GLYC).....	302	NORLIQVA.....	229	100 INSULN.....	477
NIGHTTIME UNDERPANTS		NORMAL SALINE FLUSH...	313	NOVOLOG MIX 70-	
L-XL.....	634, 899	NORM-JECT.....	658, 899	30FLEXPEN U-100.....	477

NOVOLOG PENFILL U-100	NYVEPRIA.....	256	<i>olanzapine-fluoxetine</i>
INSULIN.....	OASIS ULTRA		386, 411, 418
NOVOLOG U-100 INSULIN	FENESTRATED.....	616, 900	<i>olive oil</i>
ASPART.....	OASIS WOUND MATRIX		789
NOVOPEN ECHO.....	FENESTRATED.....	616, 900	<i>olmesartan</i>
NOVOSEVEN RT.....	OASIS WOUND MATRIX		217
NOXAFIL.....	MESHED.....	616, 901	<i>olmesartan-amlodipin-</i>
NOXIPAK.....	OB COMPLETE.....	340	<i>hcthiaid</i>
NP THYROID.....	OB COMPLETE ONE.....	281	227
NRF2 ACTIVATOR.....	OB COMPLETE PETITE.....	281	<i>olmesartan-</i>
NUBEQA.....	OB COMPLETE PREMIER.....	281	<i>hydrochlorothiazide</i>
NUCALA.....	OB COMPLETE WITH DHA.....	281	231
NUCORT.....	OBAGI ELASTIDERM.....	545	<i>olopatadine</i>
NUCYNTA.....	OBAGI NU-DERM		103, 1000
NUCYNTA ER.....	BLENDER.....	545	OLPRUVA.....
NUEDEXTA.....	OBAGI NU-DERM CLEAR..	545	988
NUGUT BOWEL SUPPORT	OBAGI NU-DERM		OLUMIANT.....
PROBIOTIC.....	SUNFADER.....	563	143, 526
NU-IRON.....	OBAGI-C CLARIFYING		OLUX.....
NUJO.....	SERUM.....	563	583
NUJU.....	OBAGI-C THERAPY NIGHT		OLUX-E.....
NULEV.....	.....	563	583
NULIBRY.....	OBIZUR.....	268	OMBRA COMPRESSOR
NUMBONEX.....	OBSTETRIX DHA.....	281	SYSTEM.....
NUMBRINO.....	OBSTETRIX DHA		781, 901
NUMOISYN.....	PRENATAL DUO.....	281	OMECLAMOX-PAK.....
NUPLAZID.....	OBSTETRIX EC.....	281	58
NURTEC ODT.....	OBSTETRIX ONE.....	281, 321	<i>omega 3-dha-epa-fish oil</i>
NUTRASEB.....	OBSTETRIX DHA.....	282	237
NUTRISOURCE FIBER.....	OCALIVA.....	115	OMEGA MONOPURE.....
NUTROPIN AQ NUSPIN.....	OCELLA.....	196	237
NUVA III.....	OCM.....	538	OMEGA MONOPURE DHA
NUVAGEL.....	<i>octreotide acetate</i>	42, 491	EC.....
NUVARING.....	OCUFLOX.....	992	237
NUVAXOVID 2025-2026	OCUSOFT LID SCRUB		OMEGA MONOPURE EPA
(PF).....	ALLERGY.....	602	EC.....
NUVAZIL II.....	ODACTRA.....	355	237
NUVESSA.....	ODEFSEY.....	33	<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ...
NUVIGIL.....	ODOMZO.....	176	222
NUWIQ.....	OFEV.....	95, 168	<i>omega-3 fatty acids-fish oil</i> ..
NUZYRA.....	OFF ACTIVE.....	596	237
Nyamyc.....	OFF DEEP WOODS.....	596	OMEGA-3 KRILL OIL.....
Nylia 1/35 (28).....	<i>ofloxacin</i>	7, 791, 992	237
Nylia 7/7/7 (28).....	OGSIVEO.....	154	<i>omega-3s-dha-epa-fish oil</i> ...
NYMALIZE.....	OHTUVAYRE.....	90	237
NYNUTEY.....	OJEMDA.....	170	OMEGAPURE 900-TG.....
NYPOZI.....	OJJAARA.....	154	237
<i>nystatin</i>	<i>olanzapine</i>	386, 418	OMEGAPURE PRM.....
<i>nystatin-triamcinolone</i>			238
Nystop.....			OMEGAPURE-600 EC.....
			238
			OMEGAPURE-780 EC.....
			238
			OMEGAPURE-820.....
			238
			OMEGAPURE-900 EC.....
			238
			<i>omeprazole</i>
			55
			<i>omeprazole-sodium</i>
			<i>bicarbonate</i>
			68
			OMEZA.....
			538
			OMNARIS.....
			104
			OMNI-BIOTIC AB-10.....
			81
			OMNI-BIOTIC BALANCE.....
			81
			OMNI-BIOTIC HETOX.....
			81
			OMNI-BIOTIC PANDA.....
			82
			OMNI-BIOTIC STRESS
			RELEASE.....
			82
			OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2
			PLUS).....
			723, 901
			OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO
			KT(GEN5).....
			723, 901
			OMNIPOD 5 G6-G7 PODS
			(GEN 5).....
			723, 901

OMNIPOD 5	ONE-A-DAY PRENATAL-1 . 282	ONZETRA XSAIL..... 464
INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	ONE-A-DAY TRUBIOTICS.... 82	OPCICON ONE-STEP 185, 186
..... 723, 901	ONE-A-DAY WOMEN	OPFOLDA..... 985
OMNIPOD DASH INTRO	VITACRAVES..... 342	OPILL..... 187
KIT (GEN 4)..... 723, 901	ONE-A-DAY WOMEN'S 50	OPIPZA..... 386, 420
OMNIPOD DASH PDM KIT	PLUS..... 342	<i>opium tincture</i> 42, 47
(GEN 4)..... 678, 901	ONE-A-DAY WOMEN'S	OPSUMIT..... 239
OMNIPOD DASH PODS	COMPLETE..... 342	OPSYNVI..... 208
(GEN 4)..... 723, 901	ONE-DAILY MULTI..... 342	OPTICHAMBER ADULT
OMNITROPE..... 513	ONETOUCH DELICA PLUS	MASK-LARGE..... 781, 903
OMVOH..... 62	LANC DEV..... 712, 902	OPTICHAMBER DIAMOND
OMVOH PEN..... 62	ONETOUCH DELICA PLUS	LG MASK..... 781, 903
ON CALL EXPRESS	LANCET..... 712, 902	OPTICHAMBER DIAMOND
CONTROL..... 712, 901	ONETOUCH DELICA	VHC..... 781, 903
ON CALL EXPRESS	SAFETY LANCET..... 712, 902	OPTICHAMBER DIAMOND-
METER..... 712, 901, 902	ONETOUCH ULTRA	MED MSK..... 781, 904
ON CALL EXPRESS TEST	CONTROL..... 712, 902	OPTICHAMBER DIAMOND-
STRIP..... 758, 902	ONETOUCH ULTRA TEST	SML MASK..... 781, 904
ON CALL LANCET..... 712, 902	 759, 902	OPTICLEANSE GHI..... 327
ON CALL LANCING	ONETOUCH ULTRA2	OPTIMAG 125..... 292
DEVICE..... 712, 902	METER..... 712, 903	OPTIMAG NEURO..... 293
ONAPGO..... 458	ONETOUCH ULTRASOFT 2	OPTIMAG PLUS CALCIUM 291
ONCOPLEX..... 965	LANCET..... 712, 903	OPTION-2..... 185, 187
ONCOPLEX ES..... 965	ONETOUCH VERIO FLEX	OPTIUM EZ..... 759, 904
<i>ondansetron</i> 57	METER..... 713, 903	OPTIUM TEST..... 760, 904
<i>ondansetron hcl</i> 57	ONETOUCH VERIO HIGH	OPVEE..... 208
ONE A DAY MEN	CONTROL..... 713, 903	OPZELURA..... 539
COMPLETE..... 341	ONETOUCH VERIO MID	ORACEA..... 12, 604
ONE DAILY ESSENTIAL..... 341	CONTROL..... 713, 903	ORACIT..... 974
ONE DAILY MEN'S 50	ONETOUCH VERIO	ORALAIR..... 355
PLUS W-D3..... 341	REFLECT METER..... 713, 903	Oralone..... 368
ONE DAILY MEN'S	ONETOUCH VERIO TEST	ORALYTE..... 315
HEALTH..... 341	STRIPS..... 759, 903	ORAMAGICRX..... 367
ONE DAILY MULTI-VIT W-	ONEVITE DAILY	ORAPEUTIC..... 367
MINERAL..... 341	MULTIVITAMIN..... 321	ORAPRED ODT..... 505
ONE DAILY MULTIVITAMIN	ONEXTON..... 619	ORAVIG..... 36
..... 321	ONFI..... 425, 427	ORAXINOL..... 965
ONE DAILY	ONGENTYS..... 422	<i>oregano oil-flaxseed oil</i> 965
MULTIVITAMIN-IRON..... 341	ON-GO COVID-19 AG AT	ORENCIA..... 146
ONE DAILY PRENATAL..... 282	HOME TEST..... 639, 903	ORENCIA CLICKJECT..... 145
ONE DAILY WOMEN 50	ON-THE-GO LANCETS	ORENITRAM..... 210
PLUS(VIT K)..... 341	 713, 903	ORENITRAM MONTH 1
ONE DAILY WOMEN'S..... 341	ONUREG..... 159	TITRATION KT..... 209
ONE-A-DAY MEN	ONYDA XR..... 433	ORENITRAM MONTH 2
VITACRAVES..... 341	ONZDEAXIADEMTAR..... 623	TITRATION KT..... 210
ONE-A-DAY MEN'S 50	ONZDEAXIADEMVAR..... 623	ORENITRAM MONTH 3
PLUS..... 341	ONZDEAXIATAR..... 623	TITRATION KT..... 210
ONE-A-DAY MEN'S	ONZDEAXIAVAR..... 623	ORFADIN..... 988
COMPLETE..... 341	ONZDEAXIAZAR..... 624	ORGANIC NIPPLE BALM... 592
ONE-A-DAY PRENATAL..... 306	ONZDEOXIA..... 619	ORGOVYX..... 174

ORIAHNN.....	516	OXISTAT.....	607	PAPAYA DIGESTIVE	
ORILISSA.....	516	OXTELLAR XR.....	402	ENZYME CMLPX.....	52
ORKAMBI.....	106	<i>oxybutynin chloride</i>	978	PARADIGM RESERVOIR	
ORLADEYO.....	247	<i>oxycodone</i>	123, 124	.....	678, 904
ORLYNVAH.....	1	<i>oxycodone-acetaminophen</i>		PARAGARD T 380A.....	203
Ormalvi.....	799	.....	129, 141	PARAGARD T380A	
<i>orphenadrine citrate</i>	801	OXYCONTIN.....	124	(SINGLE HAND).....	203
<i>orphenadrine-asa-cafeine</i> ...	800	<i>oxymorphone</i>	124, 125	PARI BABY CONV KIT -	
Orphengesic Forte.....	800	OXYTROL.....	978	SIZE 1.....	781, 904
Orquidea.....	187	OYSTER SHELL CALCIUM		PARI BABY CONV KIT -	
ORSERDU.....	158	500.....	289	SIZE 2.....	781, 904
ORTHAPHEN.....	612	OYSTER SHELL CALCIUM-		PARI BABY CONV KIT -	
ORTHOVISC.....	803	VIT D3.....	317	SIZE 3.....	781, 905
ORTIKOS.....	70	OZEMPIC.....	489	PARI LC SPRINT	
OSAPLEX.....	291	OZOBAX.....	801	NEBULIZER SET.....	641, 905
OSAPLEX MK-7.....	291	Pacerone.....	216	PARI LC SPRINT SINUS	
OSCIMIN.....	52, 977	PACNEX HP.....	626	.....	641, 905
OSCIMIN SL.....	52, 977	PACNEX LP.....	626	PARI TREK S COMBO	
<i>oseltamivir</i>	28	PAIN EASE MEDIUM		PACK.....	782, 905
OSENI.....	495	STREAM SPRAY.....	564	PARI TREK S COMPACT	
OSMOLEX ER.....	458	PAIN EASE MIST SPRAY...	564	COMPRESSOR.....	782, 905
OSSOPAN MD.....	289	PAINGO KFT.....	615	PARI TREK S PORTABLE	
OSSOPAN-1100.....	289	PALFORZIA (LEVEL 0).....	359	PWR KIT.....	782, 905
OSTACHOL.....	311	PALFORZIA (LEVEL 1).....	360	<i>paricalcitol</i>	987
OSTEOPRIME PLUS CALC-		PALFORZIA (LEVEL 2).....	360	PARNATE.....	433
MAGNESIUM.....	291	PALFORZIA (LEVEL 3).....	360	<i>paroxetine hcl</i>	450, 451
OTEZLA.....	143, 529	PALFORZIA (LEVEL 4).....	360	<i>paroxetine</i>	
OTEZLA STARTER.....	144, 529	PALFORZIA (LEVEL 5).....	360	<i>mesylate(menop.sym)</i>	511
OTOVEL.....	792	PALFORZIA (LEVEL 6).....	360	PASER.....	3
OVACE.....	556	PALFORZIA (LEVEL 7).....	360	PAXIL.....	451
OVACE PLUS.....	556	PALFORZIA (LEVEL 8).....	360	PAXIL CR.....	451
OVACE PLUS SHAMPOO..	555	PALFORZIA (LEVEL 9).....	360	PAXLOVID.....	35
OVACE PLUS WASH.....	556	PALFORZIA (LEVEL 10).....	360	PAXLYTE.....	346
OVAL TAPE.....	713, 904	PALFORZIA (LEVEL 11 UP-		<i>pazopanib</i>	168
OVEGA-3.....	238	DOSE).....	360	PCCA ACCUPEN-15...637,	905
OVIDE.....	528	PALFORZIA INITIAL (1-3		PCCA SUSPENDIT	
OVIDREL.....	507	YRS).....	360	ANHYDROUS.....	789
<i>oxaprozin</i>	136	PALFORZIA INITIAL (4-17		PEAK AIR PEAK FLOW	
<i>oxazepam</i>	425, 449	YRS).....	360	METER.....	728, 905
<i>oxcarbazepine</i>	401	PALFORZIA LEVEL 11		<i>pedi multivit no.194-iron sulf</i>	350
OXERVATE.....	1010	MAINTENANCE.....	361	PEDIALYTE	
OXIAICE.....	611	<i>paliperidone</i>	432	ELECTROLYTE.....	315
OXIANUJO.....	588	PALYNZIQ.....	986	PEDIALYTE	
OXIANUJO (WITH		PAMELOR.....	430	ELECTROLYTE WATER.....	315
HYALURONATE).....	588	PANCREAZE.....	69	PEDIALYTE SPARKLING	
OXIATAR.....	625	PANDEL.....	584	RUSH.....	315
OXIAVARRY.....	625	PANRETIN.....	600	PEDIAPRED.....	505
OXIAVARY.....	625	<i>pantoprazole</i>	55	PEDIATRIC BEAR	
OXIAZAR.....	625	PANXYME PH.....	69	NEBULIZER.....	782, 905
<i>oxiconazole</i>	607	<i>papaverine</i>	250		

PEDIATRIC COMP-AIR		Philith.....	196
COMPRES NEB.....	782, 905	PHOSPHALINE.....	211
PEDIATRIC D-VITE.....	276	PHOSPHOLINE IODIDE.....	994
PEDIATRIC ELECTROLYTE		PHOSPHOROUS	
.....	316	SUPPLEMENT.....	323
<i>pediatric multivitamin no.171</i>		PHOTREXA CROSS-	
.....	294	LINKING KIT.....	998
PEDIATRIC POLY-VITE.....	294	PHYSIOLYTE.....	345
PEDIATRIC POLY-VITE		PHYSIOSOL IRRIGATION..	345
WITH IRON.....	350	<i>phytonadione (vitamin k1)...</i>	345
PEDIATRIC TRI-VITE.....	294	PIFELTRO.....	4
<i>peg 3350-electrolytes.....</i>	64	PIKO 1.....	728, 907
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-</i>		PILLOW MASK CHILD	782, 907
<i>asb-c.....</i>	65	<i>pilocarpine hcl....</i>	368, 993, 1013
PEGASYS.....	31	PILOT COVID-19 AT-HOME	
<i>peg-electrolyte soln.....</i>	65	TEST.....	639, 907
PEMAZYRE.....	162	<i>pimecrolimus.....</i>	588
PEN NEEDLE.....	678, 905	<i>pimozide.....</i>	431
<i>pen needle, diabetic....</i>	678, 905	Pimtrea (28).....	202
<i>pen needle, diabetic, safety</i>		<i>pindolol.....</i>	250
.....	678, 905	<i>pioglitazone.....</i>	499
PENBRAYA (PF).....	354	<i>pioglitazone-glimepiride.....</i>	488
<i>penciclovir.....</i>	530	<i>pioglitazone-metformin.....</i>	488
<i>penicillamine.....</i>	145, 205	PIP BLOOD GLUCOSE	
<i>penicillin v potassium.....</i>	34	MONITOR.....	713, 907
<i>pentamidine.....</i>	38	PIP BLOOD GLUCOSE	
PENTASA.....	40	TEST STRIP.....	760, 907
<i>pentazocine-naloxone.....</i>	147	PIP GLUCOSE CONTROL	
PENTIPS PEN NEEDLE		SOLN L1-L2.....	713, 907
.....	679, 906	PIP LANCET.....	713, 908
<i>pentoxifylline.....</i>	272	PIP PEN NEEDLE.....	679, 908
Pepcid.....	53	PIQRAY.....	165
PEPCIX.....	311	<i>pirfenidone.....</i>	96, 97
PEPTAMEN JUNIOR PHGG		<i>piroxicam.....</i>	136
.....	327	<i>pitavastatin calcium.....</i>	221
<i>perampanel.....</i>	396	PIXEL COVID19 HOME	
Percocet.....	129, 141	COLLECT KIT.....	640, 908
PERFECT POINT SAFETY		PLANTAGO-HOMACCORD	373
LANCETS.....	713, 906	PLAQUENIL.....	17, 140
PERFOROMIST.....	107	PLATINUM TEST STRIP	
PERIDEX.....	370	.....	761, 908
<i>perindopril erbumine.....</i>	248	PLAVIX.....	263
Periogard.....	370	PLEGRIDY.....	521, 522
<i>permethrin.....</i>	528	PLENURA.....	565
<i>perphenazine.....</i>	396	PLENVU.....	65
<i>perphenazine-amitriptyline..</i>	411	PLEXION.....	620
PERSONAL BEST FULL		PLEXION CLEANSING	
RANGE.....	728, 906	CLOTHS.....	619
PERSONAL BEST LOW		PLEXION NS.....	556
RANGE.....	728, 906	PMS SOOTHE.....	965
PERTZYE.....	69		
PETROLEUM GAUZE.....	724, 906		
PFLEX INSPIRATORY			
TRAINER.....	782, 906		
PHARMABASE BARRIER...	594		
PHARMACIST CHOICE			
.....	760, 906		
PHARMACIST CHOICE			
GLUCOSE SYS.....	713, 906		
PHASEAL ASSEMBLY			
FIXTURE.....	664, 906		
PHASEAL CONNECTOR			
LUER LOCK.....	664, 906		
PHASEAL INFUSION			
ADAPTER.....	664, 907		
PHASEAL INFUSION			
CLAMP.....	664, 907		
PHASEAL INJECTOR LUER			
.....	665, 907		
PHASEAL INJECTOR LUER			
LOCK.....	665, 907		
PHASEAL PROTECTOR			
.....	665, 907		
PHASEAL SECONDARY			
SET.....	642, 907		
PHASEAL Y-SITE.....	642, 907		
PHEBURANE.....	988		
PHEDRAX.....	558		
<i>phenazopyridine.....</i>	972		
<i>phenelzine.....</i>	433		
Phenergan.....	45, 91, 94		
PHENEX-1.....	312, 324		
PHENEX-2.....	324		
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-</i>			
<i>scop.....</i>	49		
<i>phenobarbital.....</i>	396, 397, 448		
PHENOHYTRO.....	50		
<i>phenol.....</i>	792		
<i>phenoxybenzamine.....</i>	248		
<i>phenylalanine.....</i>	277		
<i>phenylephrine hcl.....</i>	1009		
<i>phenyleph-tropicamide in</i>			
<i>water.....</i>	994		
Phenylephrine.....	407		
<i>phenytoin.....</i>	407		
<i>phenytoin sodium extended.</i>	407		
PHEODOYO.....	554		
PHEOXIA.....	558		
PHEXXI.....	200		
PHEYO.....	559		

PNEUMOVAX-23.....	353	PR CREAM.....	565	<i>prednisolone acetate</i>	1004
<i>pnv no.95-ferrous fumarate-fa</i>	282	PR NATAL 400.....	282	<i>prednisolone acetate (pf)</i> ...	1004
PNV TABS 20-1.....	306	PR NATAL 400 EC.....	282	<i>prednisolone acetate-bromfenac</i>	1009
PNV-DHA.....	321	PR NATAL 430.....	282	<i>prednisolone acetate-nepafenac</i>	1009
PNV-DHA + DOCUSATE....	282	PR NATAL 430 EC.....	282	<i>prednisolone sod ph-bromfenac</i>	1009
PNV-OMEGA.....	342	PRADAXA.....	262	<i>prednisolone sod ph-moxiflox</i>	1007
PNV-SELECT.....	282	PRAKETAMIDE.....	599	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	505, 1004
POCKET CHAMBER... 782, 908		<i>pralidoxime</i>	206	<i>prednisolone-moxiflo-nepafenac</i>	1007
POCKET PEAK FLOW METER.....	728, 908	PRALUENT PEN.....	223, 224	<i>prednisolone-moxifloxacin hcl</i>	1007
PODOCON.....	542	<i>pramipexole</i>	458	<i>prednisolone-moxiflox-bromfen</i>	1007
<i>podofilox</i>	542	PRAMOSONE.....	601	<i>prednisolon-moxiflox-ketorolac</i>	1008
POKONZA.....	318	<i>prasterone (dhea)</i>	957	<i>prednisone</i>	506
POLY HUB NEEDLE... 658, 908		<i>prasugrel hcl</i>	263	PREDNISONE INTENSOL..	506
Polycin.....	995	<i>pravastatin</i>	221	<i>pregabalin</i>	385, 394, 395, 397, 455, 462, 463
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	995	<i>praziquantel</i>	2	PREGEN DHA.....	283
<i>polysaccharide iron complex</i>	300	<i>prazosin</i>	249	PREGNYL.....	507
<i>polysorbate 80</i>	789	PREBIOMAX.....	82	PRELIEF.....	50
POLY-TUSSIN AC.....	102	PREBIOTIC FIBER.....	61	PREMARIN.....	502, 795
POLY-VI-FLOR (ARCOFOLIN).....	295	PREBIOTIC FIBER (FOS).....	60	PREMIER BLU GLUCOSE METER.....	713, 910
POLY-VI-FLOR DROPS.....	295	PREBIOTIC FIBER DIGESTIVE.....	61	PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER....	713, 910
POLY-VI-FLOR DROPS (ARCOFOLIN).....	295	PREBIOTIC INULIN-FOS.....	61	PREMIER COMPACT GLUCOSE METER....	714, 910
POLY-VI-FLOR IRON DROP(ARCOFO).....	295	PRECISION.....	713, 908	PREMIER TEST STRIP.....	763, 911
POLY-VI-FLOR W-IRON(ARCOFOLIN).....	295	PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN.....	713, 908	PREMIER VOICE GLUCOSE METER....	714, 911
POLY-VITA DROPS.....	294	PRECISION CONTR.....	713, 908	PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR..	714, 911
POLY-VITA WITH IRON.....	351	PRECISION PCX PLUS TEST.....	761, 909	PREMIUM V10....	714, 763, 911
POMALYST.....	180	PRECISION PCX TEST.....	761, 909	PREMPHASE.....	493
PONVORY.....	522	PRECISION POINT OF CARE TEST.....	762, 909	PREMPRO.....	493
PONVORY 14-DAY STARTER PACK.....	522	PRECISION Q-I-D TEST.....	762, 910	PRENAISSANCE.....	283
POPULUS COMPOSITUM..	373	PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE... 726, 910		PRENAISSANCE PLUS.....	283
Portia 28.....	196	PRECISION XTRA MONITOR.....	713, 910	PRENATA.....	283
<i>posaconazole</i>	16	PRECISION XTRA TEST.....	762, 910	PRENATABS FA.....	283
<i>potassium aa (bisglycinate)</i> ..	318	PRECOSE.....	499	PRENATABS RX.....	283
<i>potassium chloride</i>	318, 319	PRED FORTE.....	1003	PRENATAL.....	284, 285, 306
<i>potassium citrate</i>	975	PRED MILD.....	1004		
<i>potassium citrate-citric acid</i> ..	975	PRED-G S.O.P.....	1006		
<i>potassium gluconate</i>	319	<i>prednicarbate</i>	584		
<i>potassium iodide</i>	293	<i>prednisoln sp-moxiflox-bromfen</i>	1007		
<i>potassium, sodium phosphates</i>	323	<i>prednisolone</i>	505		
<i>povidone-iodine</i>	993				
PR BENZOYL PEROXIDE..	627				

PRENATAL + DHA.....	283	PRENATE		<i>primidone</i>	397
PRENATAL 19.....	283	ESSENTIAL(IRON-ASP-GL)		Primlev.....	130, 142
PRENATAL 19 (WITH		.....	322	PRIMSOL.....	5
DOCUSATE).....	283	PRENATE MINI (FERR ASP		PRIORIX (PF)	
PRENATAL COMPLETE.....	284	GLYCIN).....	307	.....	352, 356, 358, 359, 365
PRENATAL ESSENTIALS..	284	PRENATE PIXIE.....	307	PRISTIQ.....	429
PRENATAL FORMULA.....	284	PRENATE RESTORE.....	286	PRO COMFORT INSULIN	
PRENATAL FORMULA-		PRENATE STAR.....	307	SYRINGE.....	679, 912
DHA.....	284	PREPIDIL.....	498	PRO COMFORT LANCET	
PRENATAL GUMMIES.....	306	PRESERA.....	593	.....	714, 912
PRENATAL		PRESERVISION AREDS 2		PRO COMFORT PEN	
GUMMIES(ZINC CHELATE)		PLUS MV.....	342, 959	NEEDLE.....	679, 912
.....	342	PRESERVISION AREDS-2.	959	PRO COMFORT SAFETY	
PRENATAL MULTI.....	284	PRESSURE ACTIVATED		LANCET.....	714, 912
PRENATAL MULTI-DHA		LANCETS.....	714, 911	PRO COMFORT TENS	
(ALGAL OIL).....	284	PRESTALIA.....	244	ELECTRODE.....	633, 912
PRENATAL MULTI-		<i>pretomanid</i>	26	PRO COMFORT TENS	
DHA(WITH VIT K).....	284	PREVACID.....	55	UNIT.....	633, 912
PRENATAL		PREVACID SOLUTAB.....	55	PRO VOICE V8-V9 TEST	
MULTIVITAMINS.....	284	Prevalite.....	215	STRIP.....	763, 912
PRENATAL ONE DAILY.....	284	PREVENT DROPSAFE PEN		PRO VOICE V9 GLUCOSE	
PRENATAL PLUS.....	285	NEEDLE.....	679, 911	MONITOR.....	714, 912
PRENATAL PLUS		PREVIDENT.....	371	PROAIR RESPIClick.....	108
(CALCIUM CARB).....	285	PREVIDENT 5000		PROBACAP.....	82
PRENATAL PLUS DHA.....	285	BOOSTER PLUS.....	371	<i>probenecid</i>	968
PRENATAL PLUS VITAMIN-		PREVIDENT 5000 DRY		<i>probenecid-colchicine</i>	967
MINERAL.....	285	MOUTH.....	371	PROBICHEW.....	82
PRENATAL TABLET.....	285	PREVIDENT 5000 ENAMEL		PROBIO DEFENSE.....	82
<i>prenatal vit no.179-iron-folic</i>	285	PROTECT.....	371	PROBIOFLEXX.....	82
PRENATAL VITAMIN.....	285	PREVIDENT 5000 ORTHO		PROBIOMAX 350 DF.....	83
PRENATAL VITAMIN PLUS		DEFENSE.....	371	PROBIOMAX COMPLETE	
LOW IRON.....	285	PREVIDENT 5000 PLUS.....	371	DF.....	83
PRENATAL VITAMIN WITH		PREVIDENT 5000		PROBIOMAX DAILY DF.....	83
MINERALS.....	285	SENSITIVE.....	371	PROBIOMAX DF.....	83
<i>prenatal vit-iron fum-folic ac</i>	286	PREVIDENT KIDS.....	372	PROBIOMAX IG 26 DF.....	83
PRENATAL WITH DHA-		PREVNAR 20 (PF).....	354	PROBIOMAX LEAN DF.....	83
FOLIC ACID.....	286	PREV-RX.....	322	PROBIOMAX PLUS DF.....	83
PRENATAL-U.....	321	PREVYMIS.....	2	PROBIOMAX SB DF.....	83
PRENATE AM.....	321	PREZCOBIX.....	27, 31	PROBIOMAX SERENITY.....	83
PRENATE CHEWABLE.....	322	PREZISTA.....	31	PROBIONEXX.....	84
PRENATE DHA.....	322	PRIFTIN.....	24, 35	PROBIOTIC.....	85
PRENATE DHA (FERR ASP		PRILO PATCH.....	603	PROBIOTIC (B.	
GLYCIN).....	306	PRIOSEC.....	55	COAGULANS).....	84
PRENATE ELITE.....	306	PRIMACARE.....	286	PROBIOTIC (S.BOULARDII).84	
PRENATE ELITE (IRON		PRIMADOPHILUS BIFIDUS..	82	PROBIOTIC (WITH	
ASP GLYC).....	306	PRIMADOPHILUS		VITAMIN D3).....	84
PRENATE ENHANCE.....	286	ORIGINAL.....	82	PROBIOTIC ACIDOPHILUS	
PRENATE ESSENTIAL.....	322	<i>primaquine</i>	17	(4 STRN).....	84
		PRIMEAIRE.....	782, 911	PROBIOTIC	
		PRIMIDAR.....	82	ACIDOPHILUS(14-STRN).....	84

PROBIOTIC COLON SUPPORT	84	PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW	714, 913	PROPIMEX-2	324
PROBIOTIC DIGEST SUPP (4-STRN)	84	PRODIGY CONTROL SOLUTION,HIGH	714, 913	<i>propranolol</i>	243
PROBIOTIC DIGEST SUPP (6-STRN)	84	PRODIGY INSULIN SYRINGE	679, 913	<i>propranolol</i> - <i>hydrochlorothiazid</i>	226
PROBIOTIC DIGEST(L.RHAM,INULN)	85	PRODIGY LANCETS..	714, 913	<i>propylthiouracil</i>	474
PROBIOTIC DIGEST(LACTO,BIFIDO)	85	PRODIGY LANCING DEVICE	714, 913	PROSCAR	972
PROBIOTIC FORMULA (INULIN)	85	PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER	641, 913	PROSILK	786, 914
PROBIOTIC PEARLS ACIDOPHILUS	85	PRODIGY NO CODING	764, 914	PROSILK GEL	566
PROBIOTIC PEARLS COMPLETE	85	PRODIGY POCKET METER	714, 914	PROSOURCE	314
PROBIOTIC PEARLS WOMEN'S	85	PRODIGY TWIST TOP LANCET	714, 914	PROTECT IRON LIQUID....	302
PROBIOTIC-10	85	PRODIGY VOICE GLUCOSE METER	714, 914	PROTHELIAL	369
PROBIOTIC-IMMUNE	85	PROFILNINE	270	PROTONIX	56
PROBIZEN	85	PROFINAC	546	<i>protriptyline</i>	430
PROCARDIA XL	229	PROFOLA	342	PROVATE PELVIC ORGAN SUPPORT	796, 914
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER	782, 913	<i>progesterone</i>	494	PROVENT	783, 914
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER	782, 913	<i>progesterone micronized</i>	494	PROVENT STARTER. 783, 914	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	782, 913	PROGLYCEM	476	PROVERA	494
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	782, 913	PROGRAF	378	PROVIDA OB	286
PROCEL SINGLES	314	PROLASTIN-C	110	PROVIGIL	390
Procentra	414	Prolate	130, 142	PROVIMIN	327
PRO-CEPTION	633, 913	PROLENSA	997	PROVISC	999
PROCHAMBER	782, 913	PROMACTA	255	PROXIVOL	553
<i>prochlorperazine</i>	45	PROMELLA	86	PROZAC	451
<i>prochlorperazine maleate</i>	45, 396	<i>promethazine</i>	45, 91, 94	<i>prucalopride</i>	62
PROCORT	525	<i>promethazine-codeine</i>	108	PRUCLAIR	593
PROCROT	258	<i>promethazine-dm</i>	97	PRUMYX	593
Proctocort	524, 584	<i>promethazine-phenylephrine</i> . 92		Pruradik	528
PROCTOFOAM HC	525	Promethegan	45, 91, 94	PSORINOHEEL	373
Procto-Med Hc	524, 584	PROMETRIUM	494	<i>psyllium husk</i>	61
Proctosol Hc	525, 584	PROMISEB	556, 593	<i>psyllium husk (with sugar)</i>	61
Proctozone-Hc	525, 584	PRONAL	568	PULMICORT	98
PROCYSBI	973	PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS	782, 914	PULMICORT FLEXHALER... 98	
PRODIGY AUTOCODE METER	714, 913	PRONEB MAX COMPRESSR-LC SPRINT	783, 914	PULMO-AIDE COMPRESSOR	783, 915
PRODIGY AUTOCODE MONITOR SYST	714, 913	PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM	783, 914	PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL	783, 915
		PROOXIA	563	PULMOSAL	788
		<i>propafenone</i>	241	PULMOZYME	111
		<i>proparacaine</i>	1010	PURAZIL	549
				PURE COMFORT LANCETS	715, 915
				PURE COMFORT PEN NEEDLE	679, 915
				PURE COMFORT SAFETY LANCETS	715, 915
				PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	679, 915

PUREAIR MINI NEBULIZER	Questran Light.....215	RAPPORT VACUUM
.....783, 915	<i>quetiapine</i> 386, 420	THERAPY.....722, 916
PURECOMFORT PEAK	QUICKVUE AT-HOME	<i>rasagiline</i> 426
FLOW METER.....728, 915	COVID-19 TEST.....640, 915	RASUVO (PF).....149, 150
PUREVITA ALPHA LIPOIC	QUICKVUE SARS	RAVICTI.....988
ACID.....959	ANTIGEN.....640, 915	RAYALDEE.....987
PUREVITA FOLIC ACID.....298	QUIDROXZAR.....540	RAYASAL.....542
PUREVITA MAGNESIUM	QUIHOXAXIA.....540	RAYOS.....506
OXIDE.....293	QUIHOXVAR.....540	REBIF (WITH ALBUMIN)....522
PUREVITA SUPER B-	QUILLICHEW ER.....441	REBIF REBIDOSE.....522
COMPLEX.....274	QUILLIVANT XR.....441, 442	REBIF TITRATION PACK...522
PUREVITA VITAMIN A.....310	<i>quinapril</i> 248	REBINYN.....270
PUREVITA VITAMIN B1.....304	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	REBYOTA.....38
PUREVITA VITAMIN B12....297	245	RECEDO.....566
PUREVITA VITAMIN B2.....303	<i>quinidine gluconate</i> 235	Reclipsen (28).....196
PUREVITA VITAMIN B3.....303	<i>quinidine sulfate</i> 235	RECOMBINATE.....268
PUREVITA VITAMIN B5.....304	<i>quinine sulfate</i> 17	RECOMBIVAX HB (PF).....366
PUREVITA VITAMIN B6.....304	QUINIXIL.....567	RECONSTITUTE.....633, 916
PUREVITA VITAMIN C.....305	QUINJA.....544	RECORLEV.....495
PUREVITA VITAMIN D3....276	QUINTET AC	RECOTHROM.....253
PUREVITA VITAMIN E.....302	715, 764, 915, 916	RECOTHROM SPRAY KIT.253
PURIXAN.....160	QUINTET BLOOD	RECTIV.....524
PUSH BUTTON SAFETY	GLUCOSE METER....715, 916	<i>red beet</i> 965
LANCETS.....715, 915	QUINTET GLUCOSE TEST	<i>red beet-sour cherry extract</i> 965
PYLERA.....56	STRIPS.....764, 916	<i>red yeast rice</i> 965
<i>pyrazinamide</i> 26	QUIT 2.....375	<i>red yeast rice extract</i> 965
PYRIDIUM.....973	QUIT 4.....375	REFUAH PLUS.....765, 917
<i>pyridostigmine bromide</i> 206, 798	QULIPTA.....459	REFUAH PLUS GLUCOSE
<i>pyridoxine (vitamin b6)</i> 304	QUTENZA.....529	CONTROL.....715, 916
<i>pyrimethamine</i> 17	QUVIVIQ.....423	REFUAH PLUS GLUCOSE
PYRUKYND.....271, 272	QVAR REDIHALER.....98	MONITOR.....715, 917
QBRELIS.....248	<i>rabeprazole</i> 56	REGENECARE.....553
QBREXZA.....545	RADIAGEL.....569	REGENECARE WITH ALOE
Q-CARE RX Q2.....785	RADIAPLEXRX.....566	553
Q-CARE RX Q4.....785	RADICAVA ORS.....798	REGLAN.....43
QDOLO.....125	RADICAVA ORS STARTER	REGRANEX.....529
QELBREE.....470, 471	KIT SUSP.....798	REGULOID (ASPARTAME)..61
QFITLIA.....251	RADIOGARDASE.....207	REGULOID (PSYLLIUM
QFITLIA PEN.....251	RAGWITEK.....355	HUSK).....61
QINLOCK.....168	RALDESY.....410	REGULOID (PSYLLIUM
QLOSI.....1013	<i>raloxifene</i> 498	HUSK-SUCRO).....61
QNASL.....104	<i>ramelteon</i> 452	REJUVAFLOR.....86
QTERN.....495	<i>ramipril</i> 248	RELAFEN DS.....137
QUAKE VIBRATORY PEP	<i>ranolazine</i> 242	RELAGARD.....797
.....783, 915	RAPAFLO.....973	RELAX NIGHT CALM.....453
QUALAQUIN.....17	RAPID SARS-COV-2 AG	RELCARE.....348
<i>quazepam</i> 425, 448	HOME TEST.....640, 916	RELENZA DISKHALER.....29
QUDEXY XR.....403	RAPIDGO FLU AND	RELEUKO.....257
<i>quercetin</i> 345	COVID-19 TEST.....640, 916	RELEXXII.....443
Questran.....215		RELIAMED LANCET...715, 917

RELIAMED MINI LANCING DEVICE..... 715, 917	RESISTANCE FORMULA PROBIOTIC.....86	RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE..... 716, 919
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS..... 715, 917	RESPA-AR..... 92	RIGHTEST GL300 LANCETS..... 716, 919
RELIBIOTIC.....86	RESTASIS.....1005	RIGHTEST GM550 SYSTEM.....716, 919
RELION ALL-IN-ONE METER..... 715, 917	RESTASIS MULTIDOSE... 1004	RIGHTEST GS550 TEST STRIPS.....766, 920
RELION CONFIRM..... 715, 917	RESTIMO..... 598	RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER..... 716, 920
RELION CONFIRM-MICRO 765, 917	RESTORE..... 538, 724, 919	RIGHTEST GT333 TEST STRIP.....767, 920
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR.....715, 917, 918	RESTORE CALCIUM ALGINATE.....538	RILUTEK..... 802
RELION PRIME METER 715, 918	RESTORE FUSION RENAL SUPPORT..... 328	<i>riluzole</i> 802
RELION PRIME TEST STRIPS.....765, 918	RESTORE RENAL SUPPORT..... 328	<i>rimantadine</i> 31
RELION ULTIMA..... 766, 918	RESTORIL.....425, 448	<i>ringer's</i> 345
RELISTOR.....206	RETACRIT.....258	RINVOQ..... 41, 143, 539
RELIZORB.....665, 918	RETEVMO.....175	RINVOQ LQ.....143
RELPAK..... 465	RETIN-A..... 629	RIOMET.....483
RELTONE.....43	RETIN-A MICRO..... 629	<i>risedronate</i> 497
REMEDIENT..... 342	RETIN-A MICRO PUMP.....628	RISPERDAL..... 386, 432
REMERON..... 410	RETROVIR..... 23	<i>risperidone</i> 386, 432
REMERON SOLTAB.....410	REUSABLE NEBULIZER KIT..... 783, 919	RITALIN.....390, 443
REMIFEMIN MENOPAUSE 965	REVATIO.....211	RITALIN LA.....443
REMODULIN.....210	REVCovi..... 204	RITEFLO AEROCHAMBER 783, 920
REMYDA..... 598	REVEAL BLOOD GLUCOSE METER..... 715, 919	<i>ritonavir</i> 32
RENACIDIN.....974	REVEAL TEST STRIP.766, 919	<i>rivaroxaban</i> 265
RENAMENT..... 328	REVITAFLO..... 86	<i>rivastigmine</i> 970
RENEEL.....373	REVLIMID.....180	<i>rivastigmine tartrate</i> 969
RENOVAR.....536, 793	REVUFORJ..... 154	RIVELSA..... 185
RENTHYROID.....509	REXTOVY..... 208	RIVFLOZA.....983
REVELA.....981	REXULTI..... 420	RIXUBIS..... 270
<i>repaglinide</i> 476	REYATAZ..... 32	<i>rizatriptan</i> 465
REPATHA PUSHTRONEX 223, 224	REYVOW.....460	R-NATAL OB..... 307
REPATHA SURECLICK 223, 224	REZDIFFRA..... 115	ROAOXIA..... 612
REPATHA SYRINGE..... 224	REZLIDHIA.....164	ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER..... 664, 920
REPEL.....596	REZUROCK..... 145	ROBINUL.....46
REPEL SPORTSMEN.....596	REZVOGLAR KWIKPEN.....478	ROBINUL FORTE..... 46
REPHRESH PRO-B..... 86	RHOFADE.....598	ROCALTROL.....276, 987
REPLENS EXTERNAL COMFORT..... 796	RHOPRESSA.....1012	ROCKLATAN.....1010
REPLICARE DRESSING 538, 918	<i>ribavirin</i> 3, 30	<i>roflumilast</i> 99
REPLICARE THIN.....538, 918	<i>riboflavin (vitamin b2)</i> 303	ROLVEDON..... 257
REPLICARE ULTRA DRESSING.....538, 918	<i>ribose</i> 325	ROMVIMZA..... 168
REPOZEN SLEEP AID.....453	RIDAURA..... 146	<i>ropinirole</i> 458, 459
	<i>rifabutin</i> 24, 35	Rosadan..... 598
	<i>rifampin</i> 24, 35	ROSADAN.....598
	RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH..... 715, 919	ROSITARA.....599
	RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM..... 715, 919	ROSULA.....620

ROSULA CLEANSING		SAFYRAL.....	196	SCARSILK GEL.....	566
CLOTHS.....	620	SAIZEN SAIZENPREP.....	513	SCARTRATE.....	566
<i>rosuvastatin</i>	221	Sajazir.....	213	SCEMBLIX.....	169
Rosyrah.....	185	SALAGEN (PILOCARPINE)	368	<i>schisandra</i>	966
ROSZET.....	240	SALICATE.....	542	<i>scopolamine base</i>	57
ROTARIX.....	352, 359	<i>salicylic acid</i>	542	SEBUDERM.....	593
ROTATEQ VACCINE..	352, 359	<i>salicylic acid-ceramides no.1</i>		SECUADO.....	418
ROVIS.....	599	.....	542	SECURESAFE INSULIN	
ROWASA.....	40	SALIMEZ.....	542	SYRINGE.....	680, 922
Roweepra.....	447	SALIMEZ FORTE.....	542	SECURESAFE PEN	
Roweepra Xr.....	447	SALIVAMAX.....	369	NEEDLE.....	680, 922
ROXICODONE.....	125	SALOXICIN.....	965	SEGLENTIS.....	130
ROXYBOND.....	125	<i>salsalate</i>	133	SEGLUROMET.....	487
ROZEREM.....	452	SALVAX.....	543	SELECT-OB.....	286
ROZLYTREK.....	169	SALVAX DUO PLUS.....	608	SELECT-OB (FOLIC ACID).	286
RUBBER MOUTHPIECE		SALYCIM.....	543	SELECT-OB + DHA.....	286
.....	783, 920	SALYNTRA.....	543	<i>selegiline hcl</i>	426
RUBRACA.....	165	SAMBUCUS ELDERBERRY		<i>selenium</i>	319
RUCONEST.....	254	ORIGINAL.....	966	<i>selenium sulfide</i>	556
<i>rufinamide</i>	406, 407	SAMBUCUS		<i>selenomethionine</i>	319
RUKOBIA.....	19	ELDERBERRY-VITAMIN C.	308	SELF-CATHETER, FEMALE	
RUMILO.....	611	SAMBUCUS		.....	664, 922
RYALTRIS.....	92	HONEYBERRY NIGHT.....	453	SELZENTRY.....	34
RYBELSUS.....	489	SAMI THE SEAL.....	783, 922	SEMGLEE(INSULIN	
RYDAPT.....	169	SAMI THE SEAL MASK		GLARGINE-YFGN).....	478
RYDEX.....	102	.....	783, 922	SEMGLEE(INSULIN	
RYLAZE.....	177	SAMSCA.....	234	GLARG-YFGN)PEN.....	478
RYNODERM.....	542	SANADERMRX.....	567	SE-NATAL 19.....	286
RYPLAZIM.....	271	SANCUSO.....	57	SE-NATAL 19 CHEWABLE.	286
RYTARY.....	457	SANDIMMUNE.....	140, 379	SENIOR PROBIOTIC.....	86
SABAL-HOMACCORD.....	373	SANDOSTATIN.....	42, 491	<i>senna leaf</i>	88
SABRIL.....	408	SANTYL.....	569	SENOKOT.....	88
<i>saccharin</i>	302	SAPHRIS.....	387, 417	SENOKOT KIDS.....	88
<i>saccharomyces boulardii</i>	86	<i>sapropterin</i>	986	SENOKOT-CHAMOMILE.....	88
<i>saccharomyces boulardii-</i>		SAROXIA.....	625	SENSIPAR.....	494
<i>yeast</i>	86	SAVAYSA.....	265	SEPHIENCE.....	986
<i>sacubitril-valsartan</i>	250	SAVELLA.....	383, 429	SEREVENT DISKUS.....	107
SAFESNAP INSULIN		<i>saw palmetto</i>	966	SERNIVO.....	585
SYRINGE.....	680, 920, 921	<i>saw palmetto-zinc picolinate</i>	966	SEROQUEL.....	387, 420
SAFESNAP SYRINGE		SAWYER CONTROLLED		SEROQUEL XR.....	387, 420
.....	658, 659, 921	RELEASE.....	596	SEROSTIM.....	513
SAFETY LANCETS.....	716, 921	<i>saxagliptin</i>	517	<i>sertraline</i>	451
<i>safety needles</i>	659, 922	<i>saxagliptin-metformin</i>	519	<i>sesame oil</i>	789
SAFETY PEN NEEDLE		SCALACORT.....	584	Setlakin.....	196
.....	680, 922	SCALACORT DK.....	584	<i>sevelamer carbonate</i>	981
SAFETY SEAL LANCETS		SCARCARE.....	594, 786	<i>sevelamer hcl</i>	982
.....	716, 922	SCARCIN PAD PLUS..	786, 922	SEVENFACT.....	271
SAFETY-LET LANCETS		SCARCINPAD.....	786, 922	<i>sevoflurane</i>	152
.....	716, 922	SCARHEAL.....	786, 922	SEYSARA.....	12, 605
SAFRYCYN.....	594	SCARSILK.....	786, 922	SF.....	372

SF 5000 PLUS.....	372	SINEMET.....	457	SMARTEST PROTEGE	717, 924
SFROWASA.....	40	SINGLE-LET.....	716, 923	SMARTEST SMART CODE	METER.....717, 924
Sharobel.....	187	SINGULAIR.....	105	SMARTEST TALKING	METER.....717, 924
SHINGRIX (PF).....	358	SINUSTAR NEBULIZER	641, 923	SMARTEST TEST.....	767, 925
SIDESTREAM.....	641, 922	SINUVA.....	90, 107	SMARTNEB	COMPRESSOR
SIDESTREAM MASK..	783, 922	<i>sirolimus</i>	379	NEBULIZER.....	784, 925
SIDESTREAM NEBULIZER	641, 922	SIRTURO.....	17	SMOOTH TEXTURE FIBER.	61
SIDESTREAM PLUS..	641, 922	SIRVANA.....	625	SOANZ.....	214
SIGNIFOR.....	491	<i>sitagliptin</i>	517	<i>sodium bicarb-sodium</i>	<i>chloride</i> 790
SIKLOS.....	272	SIVEXTRO.....	7	<i>sodium chlor 0.9%</i>	<i>bacteriostat</i> 311, 313
SILADERM.....	786, 923	SKIN THERAPY.....	593	<i>sodium chloride</i>	311, 316, 345, 346, 788
SILADONE.....	786, 923	SKY SAFETY PEN NEEDLE	680, 923	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	309
SILASTIC FOLEY	CATHETER.....664, 923	SKYCLARYS.....	797	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	309, 311, 313
<i>sildenafil</i>	(<i>pulm.hypertension</i>).....211	SKYLA.....	201	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	(<i>flush</i>).....313
SILENOR.....	460	SKYRIZI.....	62, 526	<i>sodium citrate</i>	269
SILICONE MASK.....	783, 923	SKYTROFA.....	513	<i>sodium citrate in 0.9 % nacl</i>	269
SILICONE MASK - INFANT	783, 923	SLEEP CALM.....	453	<i>sodium citrate-citric acid</i>	975
SILIGENTLE AG.....	538	SLEEP IMMUNE HEALTH..	453	SODIUM FLUORIDE 5000	DRY MOUTH.....372
SILIQ.....	533	SLEEP SUPPORT	(MELATONIN-HERB).....453	SODIUM FLUORIDE 5000	PLUS.....372
SIL-K.....	786, 923	SLEEP TONITE VALERIAN	956	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ...	372
<i>silodosin</i>	973	SLOW FE.....	300	<i>sodium oxybate</i>	393
SILTREX.....	786, 923	SLOW RELEASE IRON.....	300	<i>sodium phenylbutyrate</i>	988
SILVADENE.....	594	SLOWMAG MUSCLE	RECOVERY.....293	<i>sodium polystyrene</i>	<i>sulfonate</i> 328
<i>silver nitrate</i>	555	SLYND.....	187	<i>sodium succinate</i>	789
<i>silver nitrate applicators</i>	608	SMART SENSE LANCETS	716, 923	<i>sodium,potassium,mag</i>	<i>sulfates</i> 65
<i>silver sulfadiazine</i>	594	SMART SENSE	MONITORING SYSTEM	SOFDRA.....	545
SILVRSTAT.....	555	716, 923	SMART SENSE	SOFIA SARS ANTIGEN FIA	640, 925
SIMBRINZA.....	993	SMART SENSE TEST	STRIPS.....767, 924	SOFIA2 FLU-SARS	ANTIGEN FIA.....640, 925
SIMILAC PRENATAL.....	287	SMARTDIABETES	VANTAGE.....716, 924	SOGROYA.....	513
SIMILAC PROBIOTIC TRI-	BLEND.....86	SMARTEST CONTROL	716, 924	SOHONOS.....	797
SIMLANDI(CF).....	67, 118, 151	SMARTEST EJECT.....	716, 924	<i>solifenacin</i>	976
SIMLANDI(CF)	AUTOINJECTOR...67, 118, 151	SMARTEST LANCET..	716, 924	SOLQUA 100/33.....	490
Simliya (28).....	202	SMARTEST PERSONA	GLUCOSE METER.....716, 924	SOLOSEC.....	19
Simpesse.....	202	SMARTEST PERSONA	STARTER.....716, 924	SOLOX GEL.....	555
SIMPLERA SENSOR..	716, 923	SMARTEST PRONTO	GLUCOSE METER.....717, 924	SOLTAMOX.....	184
SIMPLERA SYNC SENSOR	716, 923	SMARTEST PRONTO	STARTER.....717, 924		
SIMPLI PEN NEEDLE.	680, 923				
SIMPLY SALINE WOUND	WASH.....536				
SIMPLYTHICK.....	789				
SIMPONI.....	67, 118, 152				
SIMPONI ARIA.....	118, 152				
<i>simvastatin</i>	222				

SOLU-CORTEF ACT-O- VIAL (PF).....	506	SPECTRAVITE MEN 50 PLUS.....	342	STERILE DROPTAINERS	637, 926
SOLUPAK.....	615	SPECTRAVITE MEN'S.....	343	STIMUFEND.....	257
SOLUS V2 AUDIBLE METER.....	717, 925	SPECTRAVITE WOMEN....	322	STIOLTO RESPIMAT.....	113
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, LOW.....	717, 925	SPECTRAVITE WOMEN 50 PLUS.....	343	STIVARGA.....	180
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION,HIGH.....	717, 925	SPEEDICATH (FEMALE)	664, 926	STOP SMOKING AID.....	375
SOLUS V2 LANCETS. 717, 925		SPEEDYSWAB COVID-19 AND FLU.....	640, 926	STRATACTX.....	539, 926
SOLUS V2 LANCING DEVICE.....	717, 925	SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST.....	640, 926	STRATAGRT.....	539, 927
SOLUS V2 TEST STRIPS	768, 926	SPEVIGO.....	531	STRATAMARK.....	594
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE.....	296	SPIKEVAX 2024-2025(12Y UP)(PF).....	362	STRATATRIZ.....	594
SOMA.....	801	SPIKEVAX 2025-2026(12Y UP)(PF).....	362	STRATAVRT.....	539, 927
SOMAVERT.....	485	SPIKEVAX 2025-26 (6M- 11Y) (PF).....	362	STRATTERA.....	471
SONAFINE.....	593	<i>spinosad</i>	528	STRAVIX.....	532
SOOLANTRA.....	599	SPIRIVA RESPIMAT.....	96	STRENSIQ.....	204
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER.....	784, 926	SPIRIVA WITH HANDIHALER.....	96	STRESS B WITH ZINC.....	274
SOOTHENEB MESH NEBULIZER.....	641, 926	<i>spironolactone</i>	234, 247	STRIBILD.....	33
SOOTHING NIGHT.....	453	<i>spironolacton- hydrochlorothiaz</i>	233	STRIVERDI RESPIMAT.....	92
SOPORDREN.....	453	SPORANOX.....	16	STROMECTOL.....	2
<i>sorafenib</i>	180	SPRAVATO.....	409	STRONG IODINE.....	293, 793
<i>sorbitol</i>	89, 788, 974	SPRAY AND STRETCH.....	564	STUART ONE.....	287
<i>sorbitol-mannitol</i>	974	Sprintec (28).....	196	SUBOXONE.....	376
SORILUX.....	549	SPRITAM.....	447	Subvenite.....	399
SORIXIA.....	626	SPRIX.....	137	Subvenite Starter (Blue) Kit	389, 399
<i>sotalol</i>	239, 243	SPRYCEL.....	169	Subvenite Starter (Green) Kit.....	389, 400
Sotalol Af.....	239, 243	Sps (With Sorbitol).....	328	Subvenite Starter (Orange) Kit.....	389, 400
SOTYKTU.....	531	SPS (WITH SORBITOL).....	329	SUCRAID.....	52
SOTYLIZE.....	239, 244	Sronyx.....	196	<i>sucralfate</i>	89
SOVALDI.....	5	SSD.....	594	SUFLAVE.....	66
SOVUNA.....	18, 140	SSKI.....	293	SULAR.....	229
SPACE CHAMBER.....	784, 926	SSS 10-5.....	620	<i>sulconazole</i>	607
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK.....	784, 926	ST JOSEPH ASPIRIN. 133, 264		<i>sulfacetamide sodium</i> 556, 1014	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK.....	784, 926	<i>st. john's wort</i>	954	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	611
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK.....	784, 926	ST. JOSEPH ASPIRIN 133, 264		<i>sulfacetamide sodium-sulfur</i> 620	
SPECTRACEF.....	25	<i>stavudine</i>	23	<i>sulfacetamide sod-sulfur- urea</i>	599, 620
SPECTRAGEL.....	539, 926	STEGLATRO.....	486	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	1007
SPECTRAVITE ADULT.....	322	STEGLUJAN.....	495	SULFACLEANSE 8-4.....	620
SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS.....	342	STELARA.....	41, 527	<i>sulfadiazine</i>	8
		STEQEYMA.....	41, 527	<i>sulfamethoxazole- trimethoprim</i>	4, 5
		STERILANCE TL.....	717, 926	SULFAMYLON.....	594
				<i>sulfasalazine</i>	40, 145
				SULFATRIM.....	5
				<i>sulindac</i>	137
				SUMADAN.....	620, 621

SUMADAN XLT.....	599, 621	SUREFLEX LANCING	SYNTERMA PLUS.....	615
<i>sumatriptan</i>	465	DEVICE.....	SYNTHROID.....	510
<i>sumatriptan succinate</i>	465	SURE-JECT INSULIN	SYNVISC.....	803
<i>sumatriptan-naproxen</i>	463	SYRINGE.....	SYNVISC-ONE.....	803
SUMAXIN.....	621	SURE-LANCE.....	SYPRINE.....	205
SUMAXIN CP.....	621	SURE-LANCE ULTRA THIN	<i>syringe (disposable)</i>	660, 930
<i>sunitinib malate</i>	169	.....	SYRINGE 3CC/20GX1"	
SUNLENCA.....	1	SURE-PEN LANCING	.....	660, 930
SUNOSI.....	390	DEVICE.....	SYRINGE 3CC/21GX1"	
SUNRISE COMPRESSOR-		SURE-TEST EASYPLUS	.....	660, 930
NEBULIZER.....	784, 927	MINI.....	SYRINGE 3CC/21GX1-1/2"	
SUPARTZ FX.....	803	SURE-TEST EASYPLUS	.....	660, 930
SUPER B-50 COMPLEX.....	274	MINI METER.....	SYRINGE 3CC/22GX1"	
SUPER ENERGY HERBAL		SURE-TOUCH LANCET	.....	660, 930
COMPLEX.....	966	.....	SYRINGE 3CC/22GX3/4"	
SUPER THIN LANCETS		SURGIFOAM.....	.....	660, 930
.....	717, 927	SURGUARD2 SAFETY	SYRINGE 3CC/25GX1"	
SUPERIOR JOINT		.....	.....	660, 930
SUPPORT.....	956	SURVANTA.....	SYRINGE AVITENE.....	253
SUPERIOR MEN'S MULTI..	343	SUTAB.....	<i>syringe with needle</i>	660, 930
SUPERIOR OMEGA3 WITH		SUTENT.....	SYRINGE WITHOUT	
VIT D.....	238	SWEET OIL.....	NEEDLE.....	660, 930
SUPERIOR PROBIOTIC.....	86	Syeda.....	SYZYGIUM COMPOSITUM	373
SUPERIOR SLEEP.....	454	SYMAX DUOTAB.....	SZOSIL.....	786, 930
SUPERIOR WOMEN'S		SYMAX FASTABS.....	T.E.D. ANTI-EMBOLISM	
MULTI.....	343	SYMAX-SL.....	STOCKING.....	633, 727, 930
SUPLENA CARB STEADY.	328	SYMAX-SR.....	T.E.D. KNEE LENGTH-M-	
SUPRANE.....	152	SYMBICORT.....	LONG.....	727, 930
SUPRAX.....	25, 26	SYMBRAVO.....	T.E.D. KNEE LENGTH-S-	
SUPREP BOWEL PREP KIT	66	SYMDEKO.....	REGULAR.....	727, 931
SURE COMFORT INS.		SYMFI.....	T.R.U.E. TEST ALLERGEN	361
SYR. U-100.....	680, 927	SYMFI LO.....	T:FLEX.....	633, 931
SURE COMFORT INSULIN		SYMLINPEN 120.....	T:SLIM X2.....	633, 931
SYRINGE.....	680, 681, 927	SYMLINPEN 60.....	T:SLIM X2 BASAL-IQ	
SURE COMFORT		SYMPAZAN.....	INSULIN PMP.....	725, 931
LANCETS.....	717, 927	SYMPROIC.....	T:SLIM X2 CONTROL-IQ	
SURE COMFORT LANCING		SYMTUZA.....	.....	725, 931
PEN.....	717, 927	SYNALAR.....	TAB-A-VITE.....	322
SURE COMFORT PEN		SYNALAR CREAM KIT.....	TAB-A-VITE MULTIVITAMIN	
NEEDLE.....	681, 927	SYNALAR OINTMENT KIT.	W-IRON.....	322, 343
SURE COMFORT SAFETY		SYNALAR TS.....	TABLOID.....	160
PEN NEEDLE.....	681, 928	SYNAREL.....	TABRECTA.....	169
SURE RESULT DSS		SYNDROS.....	TACLONEX.....	605
PREMIUM PACK.....	613	SYNJARDY.....	<i>tacrolimus</i>	379, 589
SUREBIOTIC.....	86	SYNJARDY XR.....	<i>tadalafil</i>	472, 984
SURE-FINE PEN NEEDLES		SYNOJOYNT.....	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	
.....	681, 928	SYNOVX CALM.....	.....	211
SUREFLEX DEVICE WITH		SYNOVX DJD.....	TADLIQ.....	211
LANCETS.....	717, 928	SYNOVX RECOVERY.....	TAFINLAR.....	170
		SYNOVX RELIEF.....	<i>tafluprost (pf)</i>	1011

TAGRISSO.....	179	TARGRETIN.....	181, 551	temazepam.....	425, 448
TAKE ACTION.....	185, 187	Tarina 24 Fe.....	196	TEMBEXA.....	3
TAKHZYRO.....	247	Tarina Fe 1/20 (28).....	196	temozolomide.....	158
TALICIA.....	58	Tarina Fe 1-20 Eq (28).....	196	TEMPO REFILL KIT WITH	
TALTZ AUTOINJECTOR.....	533	TARON-C DHA.....	343	GAUZE.....	718, 933
TALTZ AUTOINJECTOR (2		TARON-PREX PRENATAL-		TEMPO SMART BUTTON	
PACK).....	533	DHA.....	287, 322	.....	633, 933
TALTZ AUTOINJECTOR (3		TAROXIA.....	626	TEMPO WELCOME KIT	
PACK).....	533	TARPEYO.....	506	.....	718, 933
TALTZ SYRINGE.....	533	TASCENSO ODT.....	523	Tencon.....	146
TALZENNA.....	165	TASIGNA.....	169	TENIVAC (PF).....	356
TAMIFLU.....	29	tasimelteon.....	452	tenofovir disoproxil fumarate	
tamoxifen.....	184	TASMAR.....	421	.....	22, 36
tamsulosin.....	973	tavaborole.....	593	TENORETIC 100.....	226
TANDEM MOBI AUTOSOFT		TAVALISSE.....	272	TENORETIC 50.....	226
30 KT 23".....	774, 931	TAVNEOS.....	139	TENORMIN.....	233
TANDEM MOBI AUTOSOFT		TAYTULLA.....	197	TENS 502.....	633, 933
XC KIT 5".....	774, 931	tazarotene.....	550, 596, 629	TENS 504.....	633, 933
TANDEM MOBI AUTOSOFT		TAZORAC.....	550	TENSCARE ITOUCH SURE	
XC KT 23".....	774, 931	TAZVERIK.....	174	.....	634, 933
TANDEM MOBI		TD GOLD LEVEL 1		TEPMETKO.....	170
AUTOSOFT30 14PK 23		CONTROL.....	718, 932	terazosin.....	249
.....	774, 931	TD GOLD LEVEL 2		terbinafine hcl.....	16
TANDEM MOBI		CONTROL.....	718, 932	terbutaline.....	109
AUTOSOFTXC 14PK 23		TECFIDERA.....	523	terconazole.....	796
.....	774, 931	TECHLITE INSULIN		teriflunomide.....	521
TANDEM MOBI		SYRINGE.....	682, 932	teriparatide.....	474
AUTOSOFTXC 14PK 5"		TECHLITE INSULN		Terrell.....	152
.....	774, 931	SYR(HALF UNIT).....	682, 932	TERSI FOAM.....	556
TANDEM MOBI SYSTEM		TECHLITE LANCETS..	718, 932	TERUMO ALLERGY	
.....	725, 931	TECHLITE PEN NEEDLE		SYRINGE.....	660, 933
TANDEM MOBI TRUSTEEL		.....	682, 932	TERUMO HYPODERMIC	
KIT 23".....	775, 931	TECHLITE PLUS PEN		NEEDLE/SYRIN.....	661, 934
TANDEM T:SLIM ASFT 30		NEEDLE.....	682, 933	TERUMO INSULIN	
PK10 23".....	775, 931	TECHNA NAT UNSWT		SYRINGE.....	682, 934
TANDEM T:SLIM ASFT 30		TROCHE BASEG2.....	787, 790	TERUMO SYRINGE....	661, 934
PK14 23".....	775, 932	TECNU.....	604	TEST N'GO BLOOD	
TANDEM T:SLIM ASFT XC		TEGLUTIK.....	802	GLUCOSE SYSTEM...	718, 934
PK10 23".....	775, 932	TEGRETOL.....	389, 402	TEST N'GO TEST.....	769, 934
TANDEM T:SLIM ASFT XC		TEGRETOL XR.....	389, 402	TESTIM.....	484
PK14 23".....	775, 932	TEKTURN.....	242	TESTOPLEX PLUS.....	966
TANDEM T:SLIM TRUSTL		TELCARE CONTROL.	718, 933	testosterone.....	484, 485
PK10 23".....	775, 932	TELCARE LANCETS..	718, 933	testosterone cypionate.....	484
Tanlor.....	801	TELCARE TEST STRIPS		testosterone enanthate.....	484
Taperdex.....	506	.....	768, 933	TETOXIA.....	565
TAPERDEX.....	506	TELIOXA.....	565	tetrabenazine.....	461, 469
TARCEVA.....	178	telmisartan.....	217	tetracaine hcl.....	1010
TARDEOXIA.....	624	telmisartan-amlodipine.....	241	tetracaine hcl (pf).....	1010
TARDIMAXIA.....	626	telmisartan-		tetracycline.....	12, 13
Targadox.....	12	hydrochlorothiazid.....	231	Texacort.....	585

TEZRULY.....	249	Tilia Fe.....	199	TOOMEY SYRINGE....	661, 935
TEZSPIRE.....	100	<i>timol-brimon-dorzol-</i>		TOPAMAX.....	404
THALITONE.....	235	<i>bimato(pf)</i>	1005	TOPCARE CLICKFINE	683, 935
THALOMID.....	29, 180	<i>timolol</i>	998	TOPCARE ULTRA	
THEO-24.....	112	<i>timolol maleate</i>	244, 998	COMFORT.....	683, 935
<i>theophylline</i>	112	<i>timolol maleate (pf)</i>	998	TOPCARE UNIVERSAL1	
THERABREATH.....	368	<i>timolol-bimatoprost</i>	1009	LANCET.....	718, 936
THERABREATH DRY		<i>timolol-brimon-dorzol-</i>		Topicort.....	585
MOUTH.....	368	<i>bimatop</i>	1005	TOPICORT.....	585, 586
THERAHONEY.....	539, 935	<i>timolol-brimonidi-</i>		<i>topiramate</i>	404, 405
THERA-M.....	343	<i>dorzolam(pf)</i>	1006	TOPROL XL.....	233
THERANATAL.....	287	<i>timolol-brimonidine-</i>		<i>toremifene</i>	184
THERANATAL COMPLETE	287	<i>dorzolamid</i>	1005	TORONOVA II SUIK.....	137
THERANATAL ONE.....	287	<i>timolol-dorzolam-</i>		TORONOVA SUIK.....	138
THERANATAL OVAVITE....	307	<i>bimatopro(pf)</i>	1005	Torpenz.....	172
THERANATAL PLUS.....	287	<i>timolol-dorzolamide-</i>		<i>torse mide</i>	214
THERAPEUTIC		<i>bimatopros</i>	1005	TOSYMRA.....	465
MOISTURIZING CREAM....	593	TIMOPTIC OCUDOSE (PF)	998	TOTALVISC.....	999
THERAPEUTIC-M.....	343	<i>tinidazole</i>	19	TOUCH-TROL.....	664, 936
THERA-VITE MAX-M.....	343	<i>tiopronin</i>	973	TOUJEO MAX U-300	
THEREMS MULTIVITAMIN.	322	<i>tiotropium bromide</i>	96	SOLOSTAR.....	478
<i>thiamine hcl (vitamin b1)</i>	304	TIROSINT.....	511	TOUJEO SOLOSTAR U-300	
<i>thiamine mononitrate (vit b1)</i>		TIROSINT-SOL.....	511	INSULIN.....	479
.....	304	TISSEEL VHSD		Tovet Emollient.....	586
THICK AND EASY.....	789	(APROTININ, SYN).....	541	TOVET KIT.....	568
THIN LANCETS.....	718, 935	TIVICAY.....	24	TOVIAZ.....	978
THINPRO INSULIN		TIVICAY PD.....	24	TPOXX (NATIONAL	
SYRINGE.....	682, 683, 935	<i>tizanidine</i>	802	STOCKPILE).....	3
THIOLA.....	973	TLANDO.....	485	TRACLEER.....	239
THIOLA EC.....	973	TM-VITE RX.....	275	TRADJENTA.....	517
<i>thioridazine</i>	396	TOBI.....	105	<i>tramadol</i>	125, 126
<i>thiothixene</i>	421	TOBI PODHALER.....	105	<i>tramadol-acetaminophen</i>	
THRESHOLD IMT TRAINER		TOBRADEX.....	1007	.....	130, 142
.....	784, 935	TOBRADEX ST.....	1007	<i>trandolapril</i>	248
THRESHOLD PEP DEVICE		<i>tobramycin</i>	106, 991	<i>trandolapril-verapamil</i>	244
.....	784, 935	<i>tobramycin in 0.225 % nacl.</i>	106	<i>tranexamic acid</i>	262
THRIVITE RX.....	287	<i>tobramycin with nebulizer</i>	106	TRANSDERM-SCOP.....	57
THROMBI-GEL.....	253	<i>tobramycin-dexamethasone</i>		<i>tranylcypromine</i>	433
THROMBIN-JMI.....	253, 254	.....	1007	TRANZAREL.....	553
THROMBI-PAD.....	254	<i>tobramycin-vancomycin</i>		TRAVATAN Z.....	1011
THYQUIDITY.....	510	.....	991, 992, 995	<i>travoprost</i>	1011
<i>thyroid (pork)</i>	509	TOBREX.....	991	<i>trazodone</i>	410
Tiadylt Er.....	228	TOLAK.....	601	TRECTOR.....	26
<i>tiagabine</i>	416	<i>tolcapone</i>	422	TRELEGY ELLIPTA.....	99, 100
TIAZAC.....	228	<i>tolmetin</i>	137	TREMFYA.....	63, 527
TIBSOVO.....	164	TOLSURA.....	16	TREMFYA ONE-PRESS	
<i>ticagrelor</i>	263	<i>tolterodine</i>	978	.....	62, 527
TICANASE.....	104	<i>tolvaptan</i>	234	TREMFYA PEN.....	62, 527
TIGLUTIK.....	802	<i>tolvaptan (polycys kidney</i>		TREMFYA PEN	
TIKOSYN.....	216	<i>dis)</i>	982	INDUCTION PK-CROHN.....	62

<i>treprostinil sodium</i>	210	<i>trimipramine</i>	431	TRUE METRIX GLUCOSE	
TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRIMO-SAN JELLY.....	797	TEST STRIP.....	769, 937
100.....	479	TRINATAL RX 1.....	287	TRUE METRIX GO	
TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRINATE.....	287	GLUCOSE METER.....	719, 937
200.....	479	TRINTELLIX.....	451	TRUE METRIX LEVEL 1	
TRESIBA U-100 INSULIN...	479	TRIONEX.....	550	.....	719, 937
TRESNI.....	134	TRIPLE OMEGA 3-6-9.....	238	TRUE METRIX LEVEL 2	
<i>tretinoin</i>	629	Tri-Sprintec (28).....	199	.....	719, 937
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	173	TRISTART DHA.....	288	TRUE METRIX LEVEL 3	
<i>tretinoin microspheres</i>	629	TRIUMEQ.....	20	.....	719, 938
TRETEN.....	271	TRIUMEQ PD.....	20	TRUE2GO BLOOD	
TREXALL.....	150, 159	TRIVIA COMPLETE.....	322	GLUCOSE SYSTEM... 719, 938	
<i>triacetin</i>	555	TRIVISC.....	803	TRUEDRAW LANCING	
<i>triamcinolone acetonide</i>		TRI-VITAMIN (A-D-FOL)-		DEVICE.....	719, 938
.....	368, 506, 586	FLUORIDE.....	296	TRUEPLUS INSULIN..	684, 938
<i>triamterene</i>	226	Trivora (28).....	199	TRUEPLUS KETONE..	772, 938
<i>triamterene-</i>		Tri-Vylibra.....	199	TRUEPLUS LANCETS	719, 938
<i>hydrochlorothiazid</i>	233	Tri-Vylibra Lo.....	199	TRUEPLUS PEN NEEDLE	
Trianex.....	586	TROJAN ULTRA RIBBED		.....	685, 938
TRIASIL.....	586	CONDOM.....	635, 936	TRUERESULT BLOOD	
<i>triazolam</i>	426, 448	TROKENDI XR.....	405	GLUCOSE SYSTM.....	719, 938
TRIBENZOR.....	227	<i>tropicamide</i>	999	TRUETEST TEST STRIPS	
TRICARE.....	287	<i>trospium</i>	978, 979	.....	769, 939
TRI-CHLOR.....	543	TRUBIOTICS.....	87	TRUETRACK BLOOD	
<i>trichloroacetic acid</i>	543	TRUBIOTICS BABY.....	86	GLUCOSE SYSTEM... 719, 939	
TRICITRATES.....	975	TRUBIOTICS GUMMY.....	87	TRUETRACK SMART	
TRICOR.....	225	TRUBIOTICS KIDS		SYSTEM.....	719, 939
Triderm.....	586	CHEWABLE.....	87	TRUETRACK TEST....	770, 939
<i>trientine</i>	205	TRUBIOTICS KIDS GUMMY.	87	TRULANCE.....	43, 58
Tri-Estarylla.....	199	TRUDHESA.....	467	TRULICITY.....	489
TRIFERIC.....	300	TRUE COMFORT INSULIN		TRUMENBA.....	361
<i>trifluoperazine</i>	396	SYRINGE.....	683, 936	TRUQAP.....	153
<i>trifluridine</i>	993	TRUE COMFORT LANCET		TRUSKIN.....	532
<i>trihexyphenidyl</i>	461	.....	718, 936	TRUSTEEL INFUSION SET	
TRIJARDY XR.....	512	TRUE COMFORT PEN		23".....	775, 939
TRIKAFTA.....	106	NEEDLE.....	683, 936	TRUSTEEL INFUSION SET	
Tri-Legest Fe.....	199	TRUE COMFORT PRO INS		32".....	775, 939
TRILEPTAL.....	402	SYRINGE.....	684, 936	TRUSTEX LATEX	
Tri-Linyah.....	199	TRUE COMFORT SAFE		CONDOM.....	635, 939
TRILOAN II SUIK.....	506	INSULIN SYRG... 684, 936, 937		TRUSTEX LUBRICATED	
TRILOAN SUIK.....	507	TRUE COMFORT SAFETY		CONDOMS.....	635, 939
Tri-Lo-Estarylla.....	199	PEN NEEDLE.....	684, 937	TRUSTEX NON-LUB	
Tri-Lo-Marzia.....	199	TRUE COVER CONDOM		CONDOMS.....	635, 940
Tri-Lo-Mili.....	199	.....	635, 937	TRUSTEX-RIA	
Tri-Lo-Sprintec.....	199	TRUE METRIX AIR		LUB/SPERMICIDE.....	635, 940
TRI-LUMA.....	563	GLUCOSE METER		TRUSTEX-RIA	
TRILURON.....	803	.....	718, 719, 937	LUBRICATED CONDOMS	
<i>trimethobenzamide</i>	44	TRUE METRIX GLUCOSE		.....	635, 940
<i>trimethoprim</i>	5	METER.....	719, 937	TRUSTEX-RIA NON-LUB	
Tri-Mili.....	199			CONDOMS.....	635, 940

TRUVADA.....	21	UBRELVY.....	459	ULTRA FLO INSUL	
TRUZONE PEAK FLOW		UCERIS.....	70	SYR(HALF UNIT).....	687, 944
METER.....	728, 940	UDENYCA.....	257	ULTRA FLO INSULIN	
TRYNGOLZA.....	208, 223	UDENYCA		SYRINGE.....	687, 944
TRYPTYR.....	990	AUTOINJECTOR.....	257	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
TRYVIO.....	208	UDENYCA ONBODY.....	257	.....	687, 944
TUBERCULIN SYRINGE		ULESFIA.....	528	ULTRA MOISTURE.....	593
.....	661, 940	ULORIC.....	968	ULTRA PRENATAL PLUS	
<i>tuberculin-allergy syringes</i>		ULTANE.....	152	DHA.....	288
.....	661, 940	ULTICARE... 662, 685, 941, 942		ULTRA THIN II LANCETS	
TUDORZA PRESSAIR.....	96	ULTICARE INSULIN		.....	720, 944
TUKYSA.....	174	SYRINGE.....	685, 940, 941	ULTRA THIN LANCETS	
Tulana.....	187	ULTICARE INSULN		.....	720, 944
TULIVITE.....	302	SYR(HALF UNIT).....	685, 941	ULTRA THIN PEN NEEDLE	
TURALIO.....	170	ULTICARE LOW DEAD		.....	687, 944
<i>turmeric root extract</i>	966	SPACE SYRING.....	661, 941	ULTRA THIN PLUS	
<i>turmeric root ext-sour cherry</i>	966	ULTICARE PEN NEEDLE		LANCETS.....	720, 944
<i>turmeric root-ginger root ext</i>	966	.....	685, 941	ULTRA TLC LANCETS	720, 944
<i>turmeric-ginger-black pepper</i>		ULTICARE SAFETY PEN		ULTRACARE INSULIN	
.....	966	NEEDLE.....	685, 941	SYRINGE.....	688, 945
<i>turmeric-turmeric ext-pepper</i>		ULTICARE SAFETY		ULTRA-CARE LANCETS	
.....	966	SYRINGE.....	661, 941	.....	720, 945
<i>turmeric-turmeric root extract</i>		ULTICARE TB SAFETY		ULTRACARE PEN NEEDLE	
.....	966	SYRINGE.....	662, 942	.....	688, 945
Turqoz (28).....	197	ULTIGUARD SAFEPACK-		ULTRA-FINE INS SYR	
TUXARIN ER.....	109	INSULIN SYR.....	685, 686, 942	(HALF UNIT).....	688, 945
TWIIIST REFILL KT(CSST-		ULTIGUARD SAFEPACK-		ULTRA-FINE INSULIN	
NDL-SYR).....	723, 940	PEN NEEDLE.....	686, 942	SYRINGE.....	688, 945
TWIIIST RFL(INFUS-CSST-		ULTI-LANCE.....	719, 942	ULTRA-FINE PEN NEEDLE	
NDL-SYR).....	723, 940	ULTILET BASIC LANCETS		.....	688, 946
TWIIIST STARTER KIT	723, 940	.....	719, 942	ULTRAFOAM.....	254
TWINRIX (PF).....	355	ULTILET CLASSIC		ULTRALANCE LANCETS	
TWIRLA.....	200	LANCETS.....	719, 942	.....	720, 946
TWIST LANCETS.....	719, 940	ULTILET INSULIN		ULTRASAL-ER.....	543
TWYNEO.....	626	SYRINGE.....	686, 942, 943	ULTRA-THIN II (SHORT)	
TYBLUME.....	197	ULTILET LANCETS.....	720, 943	INS SYR.....	689, 946
TYBOST.....	989	ULTILET PEN NEEDLE		ULTRA-THIN II (SHORT)	
Tydemy.....	197	.....	686, 943	PEN NDL.....	689, 946
TYENNE.....	144	ULTILET SAFETY		ULTRA-THIN II INS PEN	
TYENNE AUTOINJECTOR.	144	LANCETS.....	720, 943	NEEDLES.....	689, 946
TYKERB.....	179	ULTIMA MONITOR.....	720, 943	ULTRA-THIN II INSULIN	
TYMLOS.....	475	ULTIMA TEST STRIPS		SYRINGE.....	689, 946
TYREX-2.....	325	.....	770, 943	ULTRA-THIN II LANCETS	
TYRVAYA.....	109	ULTRA B-100 COMPLEX		.....	720, 946
TYVASO.....	210	(FOODBASE).....	275	ULTRATRAK.....	770, 947
TYVASO DPI.....	210	ULTRA BONEUP.....	292	ULTRATRAK GLUCOSE	
TYVASO INSTITUTIONAL		ULTRA CMFT INS SYR		METER.....	720, 946
START KIT.....	210	(HALF UNIT).....	686, 943	ULTRATRAK HIGH-LOW	
TYVASO REFILL KIT.....	210	ULTRA COMFORT INSULIN		CONTROL.....	720, 946
TYVASO STARTER KIT.....	210	SYRINGE.....	687, 943, 944		

ULTRATRAK NORMAL CONTROL..... 720, 947	UNISTIK PRO LANCET 721, 949	VALCHLOR..... 529
ULTRATRAK ULTIMATE 720, 771, 947	UNISTIK SAFETY..... 721, 949	VALCYTE..... 1
ULTRAVATE..... 550, 587	UNISTIK TOUCH LANCETS 721, 949	<i>valerian</i> 966
UNIFINE OTC PEN NEEDLE..... 689, 947	UNISTRIP LOW CONTROL 721, 949	<i>valerian root</i> 966
UNIFINE PENTIPS..... 689, 948	UNISTRIP1 TEST STRIP 771, 949	<i>valganciclovir</i> 1
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW..... 689, 947	UNITHROID..... 511	VALINE 1000..... 277
UNIFINE PENTIPS PLUS 690, 948	UNIVERSAL 1 LANCETS 721, 949	VALINE AMINO ACID SUPPLEMENT..... 277
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW..... 689, 948	UNZDOMDIOXIAZAR..... 624	VALIUM..... 426, 450
UNIFINE PROTECT.... 690, 948	UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES..... 87	<i>valproic acid</i> 389, 413
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE..... 690, 948	UP4 PROBIOTICS MEN'S.... 87	<i>valproic acid (as sodium salt)</i> 389, 413
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE..... 690, 948	UP4 PROBIOTICS PLUS PREBIOTIC..... 87	<i>valsartan</i> 217
UNILET COMFORTOUCH LANCET..... 720, 948	UP4 PROBIOTICS ULTRA.... 87	<i>valsartan- hydrochlorothiazide</i> 231
UNILET GP LANCET.. 720, 948	UP4 PROBIOTICS WOMEN'S..... 87	VALTOCO..... 426, 427
UNILET LANCET..... 720, 948	UP4 PROBIOTICS- PREBIOTICS KIDS..... 88	VALTREX..... 15
UNILET LANCETS..... 720, 948	UPNEEQ (PF)..... 1013	Valtya..... 197
UNILET SUPER THIN LANCETS..... 721, 948	UPTRAVI..... 212	Vanadom..... 802
UNISOM SIMPLE SLUMBERS..... 454	URAMAXIN..... 543	VANOCOCIN..... 29
UNISPEND ANHYDROUS SWEET..... 788	URAMAXIN GT..... 543, 568	<i>vancomycin</i> 29
UNISTIK 2 DEVICE..... 721, 948	<i>urea</i> 543, 569	VANDAZOLE..... 796
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 721, 948	UREA NAIL STICK..... 543	VANFLYTA..... 172
UNISTIK 2 NORMAL LANCET..... 721, 948	UREAPRO..... 232	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE..... 690, 950
UNISTIK 3 COMFORT LANCET..... 721, 949	URELLE..... 37, 979	VANISHPOINT SYRINGE 662, 690, 950
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 721, 949	URETRON D-S..... 37, 979	VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE 662, 950
UNISTIK 3 GENTLE.... 721, 949	URIBEL TABS..... 37, 980	VANOS..... 587
UNISTIK 3 NORMAL LANCET..... 721, 949	URIMAR-T..... 37, 980	VANOXIDE-HC..... 624
UNISTIK COMFORT LANCETS..... 721, 949	URNEVA..... 37, 980	VANRAFIA..... 208
UNISTIK CZT LANCET 721, 949	UROCIT-K 10..... 975	VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER..... 664, 950
UNISTIK EXTRA LANCETS 721, 949	UROCIT-K 15..... 975	VAQTA (PF)..... 363
UNISTIK NORMAL LANCETS..... 721, 949	UROGESIC-BLUE..... 38, 979	VARDIMAXIA..... 626
	URO-MP..... 38, 980	<i>varenicline tartrate</i> 377
	UROQID-ACID NO.2.... 38, 976	VARISOFT INFUSION SET 23"..... 775, 951
	URO-SP..... 38, 980	VARISOFT INFUSION SET 32"..... 775, 951
	UROXATRAL..... 973	VARISOFT INFUSION SET 43"..... 775, 951
	URSO FORTE..... 43	VARITHENA ADMINISTRATION PACK 665, 951
	<i>ursodiol</i> 43	VARIVAX (PF)..... 352, 358
	URL..... 38, 979	VAROPHEN (DICLOFENAC)..... 613
	VAFSEO..... 251	
	VAGIFEM..... 795	
	VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM..... 203	
	<i>valacyclovir</i> 15	

VAROXIA.....	626	Veripred 20.....	507	VISTOGARD.....	176
VARUBI.....	44	VERKAZIA.....	1005	<i>vit a palmitate-vit c-vit d3</i>	294
VASCEPA.....	223	VERQUVO.....	215	<i>vit b comp-folic-choline-inosi</i>	275
VASELINE WHITE		VERSACLOZ.....	419	<i>vit c-echinacea purpurea xt</i>	966
PETROLEUM.....	595	VERTIGOHEEL.....	373	VITABEX IRON.....	302
VASERETIC.....	245	VERZENIO.....	177	VITAFOL FE PLUS.....	288
VASHE.....	536	VESICARE.....	976	VITAFOL FE+ (WITH	
VASOTEC.....	248	VESICARE LS.....	976	DOCUSATE).....	288
VAXCHORA VACCINE.....	352, 353	Vestura (28).....	197	VITAFOL GUMMIES.....	307
VAXNEUVANCE (PF).....	354	VEVEN.....	589	VITAFOL ULTRA.....	288
VCF CONTRACEPTIVE		VEVYE.....	1005	VITAFOL-OB.....	288
FILM.....	203	VFEND.....	16	VITAFOL-OB+DHA.....	288
VCF CONTRACEPTIVE		V-GO 20.....	723, 952	VITAFOL-ONE.....	288
GEL.....	203	V-GO 30.....	723, 952	VITAFUSION PRENATAL...	344
VECAMYL.....	230	V-GO 40.....	724, 952	VITAJoy ADULT MULTI.....	344
VECTICAL.....	550	VIBERZI.....	42, 61	VITAJoy BIOTIN.....	309
VEGETARIAN BONEUP.....	292	VIBRANT.....	633, 952	VITAJoy DAILY C.....	305
Velivet Triphasic Regimen		VIBRANT STARTER KIT		VITAL AF 1.2 CAL.....	328
(28).....	200	.....	633, 952	VITAL PEPTIDE 1.5 CAL....	328
VELPHORO.....	982, 983	VICTOZA 2-PAK.....	489	VITALVASC.....	967
VELSIPITY.....	63	VICTOZA 3-PAK.....	489	VITAMEDMD ONE RX.....	288
VELTASSA.....	329	VIEKIRA PAK.....	5	<i>vitamin a</i>	310
VEMLIDY.....	36	Vienva.....	197	<i>vitamin a palmitate</i>	310
VENCLEXTA.....	164	<i>vigabatrin</i>	408	<i>vitamin b complex</i>	348, 349
VENCLEXTA STARTING		Vigadrone.....	408	VITAMIN B COMPLEX-	
PACK.....	164	VIGAFYDE.....	408	ELECTROLYTES.....	275
VENELEX.....	534	VIGAMOX.....	992	<i>vitamin b12-folic acid</i>	346
<i>venlafaxine</i>	429, 430	Vigpoder.....	408	VITAMIN C FIZZY DRINK...	309
<i>venlafaxine besylate</i>	429	VIIBRYD.....	409	VITAMIN C WITH ROSE	
VENNGEL II.....	546	VIJOICE.....	987	HIPS.....	305
VENNGEL ONE.....	546	<i>vilazodone</i>	409	Vitamin D2.....	276
VENTAVIS.....	210	VIMPAT.....	397, 398	<i>vitamin d2-vitamin k1</i>	347
VENTOLIN HFA.....	108	VIOKACE.....	70	<i>vitamin d3-vitamin k2</i>	347
Venxxiva.....	974	Viorele (28).....	202	<i>vitamin e (dl, acetate)</i>	
VEOZAH.....	473	VIOS AEROSOL DELIVERY		.....	302, 303, 569
<i>verapamil</i>	229, 230, 233	SYSTEM.....	784, 952	<i>vitamin e acetate (bulk)</i>	303, 790
VERDESO.....	587	VIRACEPT.....	32	<i>vitamin e-safflower oil</i>	593
VEREGEN.....	589	VIRAGRAPHIS.....	966	<i>vitamin e-vitamins a and d</i> ...	593
VERIFINE INSULIN		VIRASAL.....	543	VITAMIN K.....	345
SYRINGE.....	690, 951	VIRAZOLE.....	3	Vitamin K1.....	345
VERIFINE PEN NEEDLE		VIREAD.....	22, 36, 37	<i>vitamin k2</i>	345
.....	691, 951	VISCO-3.....	803	<i>vitamin k2 (mk-4)</i>	345
VERIFINE PLUS PEN		VISION HEALTH.....	959	VITRAKVI.....	162
NEEDLE.....	691, 951	VISION OPTIMIZER....	343, 959	VITREXYL.....	344
VERIFINE PLUS PEN		VISTA ADVANCED		VITREXYL PLUS IRON.....	344
NEEDLE-SHARP.....	691, 951	AREDS2.....	343, 959	VITRON-C.....	302
VERIFINE SAFETY		VISTA MEIBO EYELID		VIVAGUARD INO CTRL	
LANCET MINI.....	721, 951	CLEANSING.....	602	SOLN-L1,2,3.....	722, 952
VERIFINE UNIVERSAL		VISTASEAL-FIBRIN		VIVAGUARD INO CTRL	
LANCET.....	721, 952	SEALANT.....	261	SOLN-L1,L3.....	722, 952

VIVAGUARD INO CTRL	VYTORIN 10-10.....	241	WIDE-SEAL DIAPHRAGM
SOLN-L2.....	VYTORIN 10-20.....	241	85.....
VIVAGUARD INO	VYTORIN 10-40.....	241	636, 953
GLUCOSE METER.....	VYTORIN 10-80.....	241	WIDE-SEAL DIAPHRAGM
722, 952	VYVANSE.....	443	90.....
VIVAGUARD INO SMART	VYVGART HYTRULO.....	799	636, 954
GLUC METER.....	VYZULTA.....	1011	WIDE-SEAL DIAPHRAGM
722, 952	WAINUA.....	474	95.....
VIVAGUARD INO TEST	WAKIX.....	389	636, 954
STRIP.....	<i>warfarin</i>	258	WILATE.....
771, 953	<i>water for irrigation, sterile</i> ...	346	268
VIVAGUARD LANCET	WAYRILZ.....	272	WILLIS THE WHALE
722, 953	WAYZEN.....	568	COMPRESSR NEB.....
VIVAGUARD LANCING	WEEKLY-D.....	276	784, 954
DEVICE.....	WEGOVY.....	985	WINLEVI.....
722, 953	WELCHOL.....	216	526
VIVAGUARD SAFETY	WELERIS.....	568	WINREVAIR.....
LANCET.....	WELIREG.....	174	209
722, 953	WELLBUTRIN SR.....	412	WINTERGREEN OIL.....
VIVELLE-DOT.....	WELLBUTRIN XL.....	412	529
502	WELLFOLA.....	344	Wixela Inhub.....
VIVJOA.....	WELLPRO-31.....	88	115
15	Wera (28).....	197	WOMEN'S 50 PLUS
VIVONEX PEDIATRIC.....	WESCAP-C DHA.....	344	ADVANCED.....
328	WESCAP-PN DHA.....	323	344
VIVOTIF.....	WESCAPS.....	275	WOMENS DAILY GUMMIES
353	WESNATAL DHA		.....
VIZIMPRO.....	COMPLETE.....	289	344
177	WESNATE DHA.....	289	WOMEN'S DAILY
VIZZ.....	WES-PHOS 250 NEUTRAL		MULTIVITAMIN.....
1013	.....	323, 976	323, 344
VOGELXO.....	WESTAB MAX.....	346, 348	WOMEN'S MULTIVITAMIN
485	WESTAB ONE.....	346, 348	COLLAGEN.....
Volnea (28).....	WESTAB PLUS.....	289	344
202	WESTGEL DHA.....	289	WOMEN'S PRENATAL
VONJO.....	WHYTEDERM SURGIPAK.....	534	PLUS DHA.....
173	WHYTEDERM TDPK.....	568	289
VONVENDI.....	WHYTEDERM TRILASIL		WOUNDGELHA MATRIX.....
260	PAK.....	568	566
VOQUEZNA.....	WIDE-SEAL DIAPHRAGM		WPR PLUS.....
39	60.....	636, 953	616
VOQUEZNA DUAL PAK.....	WIDE-SEAL DIAPHRAGM		Wymzya Fe.....
62	65.....	636, 953	197
VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	WIDE-SEAL DIAPHRAGM		WYNZORA.....
62	70.....	636, 953	606
VORANIGO.....	75.....	636, 953	XACIATO.....
155	80.....	636, 953	794
<i>voriconazole</i>			XADAGO.....
16			426
VORTEX HOLDING			XALATAN.....
CHAMBER.....			1011
784, 953			XALIX.....
VORTEX VHC PEDIATRIC			543
MASK.....			XALKORI.....
784, 953			163
VOSEVI.....			XANAX.....
30			426, 450
VOTRIENT.....			XANAX XR.....
170			426, 450
VOWST.....			Xarah Fe.....
38			200
VOXZOGO.....			XARELTO.....
494			266
VOYDEYA.....			XARELTO DVT-PE TREAT
251, 269			30D START.....
VP-CH-PNV.....			265
288			XATMEP.....
VRAYLAR.....			150, 159
387, 472			XCELLENT C.....
VTAMA.....			305
550			XCELLENT E.....
VUITY.....			346
1013			XCELLISTEM.....
VUMERITY.....			631
523			XCLAIR.....
VUSION.....			593
607			XCOPRI.....
VYALEV.....			409
457			XCOPRI MAINTENANCE
Vyfemla (28).....			PACK.....
197			408
VYKAT XR.....			XCOPRI TITRATION PACK
984			409
Vylibra.....			XDEMVI.....
197			990
VYNDAMAX.....			XELJANZ.....
474			41, 143
VYNDAMAX.....			XELJANZ XR.....
474			41, 143
VYNDAMAX.....			
554			

XELODA.....	159	XYREM.....	393	ZEPBOUND.....	984
XELPROS.....	1012	XYWAV.....	393	ZEPOSIA.....	63, 523
Xelria Fe.....	197	Yargesa.....	989	ZEPOSIA STARTER KIT	
XELSTRYM.....	415, 443	YASMIN (28).....	197	(28-DAY).....	63, 523
XEMBIFY.....	358	YAXATARXYN.....	563	ZEPOSIA STARTER PACK	
XENAZINE.....	461, 469	YAZ (28).....	197	(7-DAY).....	63, 523
XENLETA.....	7	YCANTH.....	544	ZERVIAE.....	1000
XEPI.....	595	YESINTEK.....	41, 527	ZESTORETIC.....	245
XERESE.....	560	YEZTUGO.....	1	ZESTRIL.....	248
XERMELO.....	44	YOGURT PLUS CALCIUM		ZETIA.....	218
XEROFORM.....	724, 954	GUMMIES.....	317	ZETONNA.....	105
XEROFORM		YOKATAR.....	563	ZIAGEN.....	23
PETROLATUM DRESSING		YONI FIT BLADDER		ZICLOCIN.....	613
.....	724, 954	SUPPORT.....	634, 954	ZICLOPRO.....	613
XEROFORM		YONSA.....	178, 183	<i>zidovudine</i>	23
PETROLATUM		YORVIPATH.....	491	ZIEXTENZO.....	257
OVERWRAP.....	724, 954	YOSPRALA.....	261	ZILACAINE PATCH.....	553, 786
XHANCE.....	104	YUM-YUM DOPHILUS.....	88	ZILBRYSQ.....	799
XIFAXAN.....	35	YUPELRI.....	96	<i>zileuton</i>	99
XIGDUO XR.....	487	YUTREPIA.....	211	ZILOVAL.....	553
XIIDRA.....	1000	Yuvaferm.....	795	ZILXI.....	599
XILAPAK.....	532	Zafemy.....	200	ZIMHI.....	208
XIMINO.....	13, 605	<i>zafirlukast</i>	105	<i>zinc amino acid chelate</i>	311
XIRUN.....	568	<i>zaleplon</i>	416	ZINC BALANCE.....	312
XOFLUZA.....	3	ZALVIT.....	307	<i>zinc citrate</i>	311
XOLAIR.....	112	ZANAFLEX.....	802	<i>zinc gluc, oxide-ascorbic</i>	
XOLEGEL.....	608	Zarah.....	198	<i>acid</i>	312
XOLREMDI.....	255	ZARONTIN.....	412	<i>zinc gluconate</i>	311
XOPENEX HFA.....	108	Zarontin.....	412	<i>zinc glycinate</i>	312
XOSPATA.....	172	ZARXIO.....	257	<i>zinc oxide</i>	595
XPHOZAH.....	273	ZATEAN-PN DHA.....	323	<i>zinc sulfate</i>	312
XPOVIO.....	162, 172	ZATEAN-PN PLUS.....	344	ZINGIBER.....	348
XROMI.....	272	ZAVESCA.....	989	ZIOPTAN (PF).....	1012
XRYLIX (DICLOFENAC-		ZAVZPRET.....	459	ZIPHEX.....	307
KINES TAPE).....	546	ZCORT.....	507	<i>ziprasidone hcl</i>	387, 419
XTAMPZA ER.....	126, 127	ZEGALOGUE		ZIRGAN.....	993
XTANDI.....	183	AUTOINJECTOR.....	476	ZITHRANOL.....	551
Xulane.....	200	ZEGALOGUE SYRINGE.....	476	ZITHROMAX.....	14
XULTOPHY 100/3.6.....	490	ZEJULA.....	165	ZITHROMAX TRI-PAK.....	14
XUREA.....	543	ZELAPAR.....	426	ZITHROMAX Z-PAK.....	14
XURIDEN.....	987	ZELBORAF.....	170	ZITUVIO.....	517
XYBIOTIC.....	88	ZELSUVMI.....	526	ZMA CLEAR.....	621
XYLIDERM.....	553	ZEMAIRA.....	110	ZOCOR.....	222
XYLIGEL.....	368	ZEMBRACE SYMTOUCH.....	465	ZOKINVY.....	989
XYLIMELTS.....	368	ZEMPLAR.....	987	ZOLINZA.....	179
XYMOBOLX.....	310	Zenatane.....	630	<i>zolmitriptan</i>	466
XYMODINE.....	293	ZENPEP.....	70	ZOLOFT.....	451
XYNTHA.....	268	ZENPHOR.....	539, 954	<i>zolpidem</i>	416
XYNTHA SOLOFUSE.....	268	Zenzedi 392, 393, 415, 443, 444		ZOMACTON.....	514
XYOSTED.....	485	ZEPATIER.....	31	ZOMIG.....	466

Zomig.....	466
ZONEGRAN.....	405
ZONISADE.....	405
<i>zonisamide</i>	405
ZONTIVITY.....	255
ZORTRESS.....	379
ZORVOLEX.....	135
ZORYVE.....	528, 551, 556
Zovia 1-35 (28).....	198
ZOVIRAX.....	15, 530
ZTALMY.....	397
ZTLIDO.....	554
ZUBSOLV.....	376
Zumandimine (28).....	198
ZUNVEYL.....	970
ZURZUVAE.....	410
ZYCLARA.....	602
ZYDELIG.....	175, 176
ZYFLO.....	99
ZYKADIA.....	163
ZYLET.....	1007
ZYLOPRIM.....	968
ZYMFENTRA.....	68, 118, 119
ZYPITAMAG.....	222
ZYPRAM.....	525
ZYPREXA.....	387, 418
ZYTIGA.....	178, 184
ZYVOX.....	7