

# 2025

## Aetna<sup>®</sup> Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN  
SOBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN.**

**N.º de identificación del Formulario: 25101, Versión 09**

Este formulario se actualizó el 10/01/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-844-362-0934**, los usuarios de TTY deben llamar al: **711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana o visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary).



# Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también se conoce como Lista de medicamentos). Le indica qué medicamentos con receta y productos y medicamentos de venta libre (OTC) están cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). La Lista de medicamentos también le indica si hay alguna norma o restricción especial respecto de los medicamentos cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

## Índice

A. Descargos de responsabilidad .....	3
B. Preguntas frecuentes .....	7
B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviarla, denominamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> “Lista de medicamentos”).....	7
B2. ¿Se modifica la Lista de medicamentos en algún momento?.....	7
B3. ¿Qué sucede cuando la Lista de medicamentos cambia?.....	8
B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?.....	9
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?.....	10
B6. ¿Qué sucede si Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (Por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado).....	10
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?.....	10
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos? .....	11
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento? .....	11
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?.....	12
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	12
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?.....	12
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	13
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares? .....	13
B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?.....	13

---

**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



B16. ¿Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre productos de venta libre que no sean medicamentos? .....	13
B17. ¿Puedo obtener mis medicamentos a través de pedidos por correo/suministro a largo plazo?.....	14
B18. ¿Cuál es mi copago?.....	14
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .....	15
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento .....	16
D. Índice de medicamentos cubiertos .....	167



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

## A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

- ❖ Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) is a Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan with a Medicare contract and a contract with the New Jersey Medicaid program. Enrollment in Aetna Assure Premier Plus depends on contract renewal. See Evidence of Coverage for a complete description of plan benefits, exclusions, limitations, and conditions of coverage.
- ❖ Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan totalmente integrado de necesidades especiales de doble elegibilidad con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de New Jersey. La inscripción en Aetna Assure Premier Plus depende de la renovación del contrato.
- ❖ Al unirse a este plan, usted debe consultar a proveedores, a proveedores de equipo médico duradero (DME) y farmacias dentro de la red. Usted quedará automáticamente inscrito en Medicaid (NJ FamilyCare) con cobertura en virtud de nuestro plan, y se cancelará su inscripción en cualquier otro plan de Medicaid (NJ FamilyCare) en el que esté inscrito en la actualidad. Todos sus servicios, productos y medicamentos cubiertos por Medicaid estarán cubiertos en virtud de nuestro plan, y deberá recibirlos de proveedores dentro de la red. Usted quedará automáticamente inscrito en la cobertura de la Parte D de nuestro plan y se cancelará automáticamente su inscripción en cualquier otro plan de cobertura acreditable o de la Parte D de Medicare en el que esté inscrito en la actualidad. Debe comprender y seguir las normas de nuestro plan sobre remisiones.
- ❖ Siempre puede consultar la Lista de medicamentos cubiertos actualizada de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) en línea en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary) o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página.
- ❖ Si habla otro idioma que no sea inglés, tiene a disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp) o llame al 1-844-362-0934 (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
- ❖ Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento. (Español)
- ❖ 如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。(Traditional Chinese)
- ❖ Kung hindi Ingles ang wikang inyong sinasalita, may maaari kayong kuning mga librenng serbisyo ng tulong sa wika. Bisitahin ang aming website o tawagan ang numero ng telepono na nakalista sa dokumentong ito. (Tagalo)
- ❖ Si vous parlez une autre langue que l'anglais, des services d'assistance linguistique gratuits vous sont proposés. Visitez notre site Internet ou appelez le numéro indiqué dans ce document. (Francés)
- ❖ Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác với Tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Xin vào trang mạng của chúng tôi hoặc gọi số điện thoại ghi trong tài liệu này. (Vietnamita)
- ❖ Wenn Sie eine andere Sprache als Englisch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Besuchen Sie unsere Website oder rufen Sie die Telefonnummer in diesem Dokument an. (Alemán)
- ❖ 영어가 아닌 언어를 쓰시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 저희 웹사이트를 방문하시거나 본 문서에 기재된 전화번호로 연락해 주십시오. (Coreano)


---

**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



- ❖ Если вы не владеете английским и говорите на другом языке, вам могут предоставить бесплатную языковую помощь. Посетите наш веб-сайт или позвоните по номеру, указанному в данном документе. (Ruso)
- ❖ إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة. تفضل بزيارة موقعنا على الويب أو اتصل برقم الهاتف المدرج في هذا المستند. (Árabe)
- ❖ अगर आप अंग्रेजी के अलावा कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। हमारी वेबसाइट पर जाएं या इस दस्तावेज़ में दिए गए फोन नंबर पर कॉल करें। (Hindi)
- ❖ Nel caso Lei parlasse una lingua diversa dall'inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Visiti il nostro sito web oppure chiami il numero di telefono elencato in questo documento. (Italiano)
- ❖ Caso você seja falante de um idioma diferente do inglês, serviços gratuitos de assistência a idiomas estão disponíveis. Acesse nosso site ou ligue para o número de telefone presente neste documento. (Portugués)
- ❖ Si ou pale yon lòt lang ki pa Anglè, wap jwenn sèvis asistans pou lang gratis ki disponib. Vizite sitwèb nou an oswa rele nan nimewo telefòn ki make nan dokiman sa a. (Haitian Creole)
- ❖ Jeżeli nie posługują się Państwo językiem angielskim, dostępne są bezpłatne usługi wsparcia językowego. Proszę odwiedzić naszą witrynę lub zadzwonić pod numer podany w niniejszym dokumencie. (Polaco)
- ❖ 英語をお話しにならない方は、無料の言語支援サービスを受けることができます。弊社のウェブサイトにアクセスするか、または本書に記載の電話番号にお問い合わせください。 (Japonés)
- ❖ Nëse nuk flisni gjuhën angleze, shërbime ndihmëse gjuhësore pa pagesë janë në dispozicionin tuaj. Vizitoni faqen tonë në internet ose merrni në telefon numrin e telefonit në këtë dokument. (Albanés)
- ❖ ከእንግሊዘኛ ሌላ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ ነጻ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ማግኘት ይቻላል። የእኛን ድረ-ገጽ ይጎብኙ ወይም በዚህ ስነድ ላይ የተዘረዘረውን ስልክ ቁጥር በመጠቀም ይደውሉ። (Amárico)
- ❖ Եթե խոսում եք անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով, ապա Ձեզ համար հասանելի են լեզվական աջակցման անվճար ծառայություններ: Այցելեք մեր վեբ կայքը կամ զանգահարեք այս փաստաթղթում նշված հեռախոսահամարով: (Armenio)
- ❖ যদি আপনি ইংরেজী ব্যতীত অন্য কোনো ভাষায় কথা বলেনতাহলে বিনামূল্যের দোভাষীর পরিষেবা উপলব্ধ আছে। আমাদের ওয়েবসাইট দেখুন এবং এই নথিতে তালিকাভুক্ত ফোন নম্বরে ফোন করুন। (Bengali)
- ❖ បើលោកអ្នកនិយាយភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ ។ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងខ្ញុំ ឬហៅទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទដែលមានរាយនៅក្នុងឯកសារនេះ ។ (Camboyano)
- ❖ Ako govorite neki jezik koji nije engleski, dostupne su besplatne jezičke usluge. Posetite našu internet stranicu ili nazovite broj telefona navedenog u ovom dokumentu. (Serbocroata)
- ❖ Na ye jam thuɔŋdēt tēnē thoŋ ɛ Dɪŋlith, ke kuɔɔny luilooi ɛ thok ɛ path aa tō thīn. Nem yōt tēn internet tēdē ke yī cɔl akuēn cōtmec cī gat thin nē athōr du yic. (Dinka)
- ❖ Als u een andere taal spreekt dan Engels, is er gratis taalondersteuning beschikbaar. Bezoek onze website of bel naar het telefoonnummer in dit document. (Holandés)
- ❖ Εάν ομιλείτε άλλη γλώσσα εκτός της Αγγλικής, υπάρχουν δωρεάν υπηρεσίες στη γλώσσα σας. Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας ή καλέστε τον αριθμό τηλεφώνου που αναγράφεται στο παρόν έγγραφο. (Griego)

---

 **Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)**

- ❖ જો તમે અંગ્રેજી સિવાયની ભાષા બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. અમારી વેબસાઇટની મુલાકાત લો અથવા દસ્તાવેજમાં સૂચીબદ્ધ કરવામાં આવેલ ફોન નંબર પર કૉલ કરો. (Gujarati)
- ❖ Yog hais tias koj hais ib hom lus uas tsis yog lus Askiv, muaj cov kev pab cuam txhais lus dawb pub rau koj. Mus saib peb lub website los yog hu rau tus xov tooj sau teev tseg nyob rau hauv daim ntawv no. (Hmong)
- ❖ ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອອກເໜືອຈາກອັງກິດ, ການບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານ. ໄປທີ່ເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ໂທຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ລະບຸໃນເອກະສານນີ້. (Lao)
- ❖ Bilagána bizaad doo bee yánílti’da dóo saad nááná la’ bee yánílti’go, ata’ hane’ t’áá jíík’e bee áká i’ doolwofígíí hóló. Béesh nitsékeesí bee na’ ídíkíd bá haz’ánígí ąą’ádííííí éi doodago béesh bee hane’í bee nihich’í’ hódíílnih díí naaltsoos bikáá’íjį’. (Navajo)
- ❖ Wann du en Schprooch anners as Englisch schwetzscht, Schprooch Hilfe mitaus Koscht iss meeglich. Bsuch unsere Website odder ruf die Nummer uff des Document uff. (Alemán de Pensilvania)
- ❖ اگر به زبان دیگری بجز انگلیسی گفتگو می کنید، کمک زبانی رایگان فراهم می باشد. به وبسایت ما مراجعه نمایید و یا به شماره تلفن که در سند ذیل هست شده، تماس بگیرید. (Farsi)
- ❖ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਬੰਧੀ ਸਹਾਇਤਾ ਮੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਸਾਡੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ 'ਤੇਜਾਓ ਜਾਂ ਈਮ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)
- ❖ Dacă vorbiți o altă limbă decât engleza, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Vizitați site-ul nostru sau sunați la numărul de telefon specificat în acest document. (Rumano)
- ❖ כְּאַתְּ בּוֹשֵׁת לְשׂוֹן אַחֵר מִלְּשׂוֹן הָעִבְרִית, אֵין מִצְדָּק לְיִשְׂרָאֵל לִישׁוֹר בְּלִישׁוֹן אַחֵר מִלְּשׂוֹן הָעִבְרִית. אַתְּ מְבַרְכֵת אֶת מְעַלְּמֵי הַתּוֹרָה וְאַתְּ מְסַלֵּם אֶת מְעַלְּמֵי הַתּוֹרָה. (Siriano)
- ❖ หากคุณพูดภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ สามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี เข้าไปที่เว็บไซต์ของเรา หรือโทรติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ที่แสดงไว้ในเอกสารนี้ (Tailandés)
- ❖ Якщо ви не говорите англійською, до ваших послуг безкоштовна служба мовної підтримки. Відвідайте наш веб-сайт або зателефонуйте за номером телефону, що зазначений у цьому документі. (Ucrainiano)
- ❖ اگر آپ انگریزی کے علاوہ دوسری زبان بولتے ہیں تو، زبان سے متعلق مدد کی مفت خدمات دستیاب ہیں۔ ہماری ویب سائٹ ملاحظہ کریں یا اس دستاویز میں درج فون نمبر پر کال کریں۔ (Urdu)
- ❖ אויב איר רעדט א שפראך אויסער ענגליש, זענען שפראך הילף סערוויסעס אוועקגעבן. באזוכט אונזער וועבזייטל אדער רופט דעם טעלעפאן נומער וואס שטייט אויף דעם דאקומענט. (Yidis)

**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711),** de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](http://AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)**



- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08: 00 a. m. a 08: 00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Si desea realizar una solicitud para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato alternativo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. Continuaremos enviándole estos materiales en el idioma o formato que usted elija hasta que nos indique lo contrario (esto se conoce como solicitud permanente).



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

## B. Preguntas frecuentes

Aquí encontrará las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta Lista de medicamentos cubiertos. Para obtener más información o para buscar una pregunta y su respuesta, puede leer todas las preguntas frecuentes.

---

### B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos*?

(Para abreviarla, denominamos a la *Lista de medicamentos cubiertos* “Lista de medicamentos”).

Los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos que comienza en la Sección C1 son los medicamentos cubiertos por Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Estos medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia se encuentra dentro de nuestra red si tenemos un contrato para que trabaje con nosotros y le proporcione servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubrirá todos los medicamentos que sean médicamente necesarios de la Lista de medicamentos en los siguientes casos:
  - Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas le indica que los necesita para sentirse mejor o mantenerse saludable; y
  - Si usted obtiene el medicamento con receta en una farmacia de la red de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).
- Aetna Better Health Premier Plan puede tener pasos adicionales para acceder a ciertos medicamentos. Para obtener más información, consulte la pregunta B4.

También puede encontrar la lista actualizada de medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary) o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711).

---

### B2. ¿Se modifica la Lista de medicamentos en algún momento?

Sí, y Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe seguir las normas de Medicare y Medicaid al hacer cambios. Es posible que incorporemos o eliminemos medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año.

También podemos modificar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos realizar lo siguiente:

- Decidir solicitar o no solicitar la autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es una autorización de Aetna Assure Premier Plus [HMO D-SNP] antes de que pueda obtener un medicamento).
- Incorporar o modificar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límites de cantidad”).
- Incorporar o modificar restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. (El tratamiento escalonado significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas normas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

---

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)





Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que suceda lo siguiente:

- Aparece en el mercado un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficaz que el medicamento que actualmente figura en la Lista de medicamentos; **o**
- Nos enteramos de que el medicamento no es seguro; **o**
- Se retira un medicamento del mercado.

En las preguntas B3 y B6 encontrará más información sobre lo que sucede cuando se modifica la Lista de medicamentos.

- Siempre puede verificar la Lista de medicamentos actual de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) en línea en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/membership/new-jersey-hmosnp/drug-formulary). Las actualizaciones de la Lista de medicamentos se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)** para consultar la Lista de medicamentos actual.

---

## B3. ¿Qué sucede cuando la Lista de medicamentos cambia?

Algunos cambios en la Lista de medicamentos se aplicarán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de ciertas versiones nuevas de medicamentos.** Podemos eliminar los medicamentos inmediatamente de la Lista de medicamentos si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento. Cuando agreguemos la nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura.
  - Es probable que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que entre en efecto.
  - Podemos realizar estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando cumple con las siguientes condiciones:
    - Es una nueva versión genérica de un medicamento de marca.
    - Es una nueva versión biosimilar de un producto biológico original en la Lista de medicamentos (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que pueda sustituir a un producto biológico original sin una nueva receta).
    - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la Sección B14.
  - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indica que el medicamento que usted está tomando no es seguro o eficaz, o si el fabricante retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos de inmediato. Si usted está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de hacer el cambio.



**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/membership/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)**

- Comuníquese con su médico si el medicamento que toma es eliminado de la Lista de medicamentos.

**Podemos efectuar otros cambios que afecten los medicamentos que toma.** Le informaremos por adelantado sobre estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden suceder si:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* al agregar otro medicamento genérico que no es nuevo en el mercado; **o bien**
  - Eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar; **O bien**
  - Cambiamos las normas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

- Se lo notificaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en la Lista de medicamentos; **o bien**
- Se lo informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar; **o bien**
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

---

## **B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?**

Sí. Algunos medicamentos tienen normas de cobertura o limitaciones en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben hacer algo antes para poder obtener un medicamento. Por ejemplo:

- **Aprobación previa (o autorización previa):** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben conseguir la aprobación de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) antes de obtener su medicamento con receta. Una autorización previa es diferente a una remisión. Es posible que Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no cubra el medicamento si no obtiene la aprobación.
- **Límites de cantidad:** En ocasiones, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) limita la cantidad que puede obtener de un medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** A veces, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) solicita que haga un tratamiento escalonado. Esto significa que usted deberá probar medicamentos en un determinado orden para su afección médica. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si la persona autorizada a darle recetas considera que el primer medicamento no es adecuado para usted, entonces cubriremos el segundo.

---

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando la clave/leyenda en la Sección C. También puede obtener más información en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary). Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción para estas limitaciones. Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

---

## **B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?**

La Lista de medicamentos por tipo de medicamento tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

---

## **B6. ¿Qué sucede si Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (Por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado).**

En algunos casos, le informaremos con antelación si incorporamos o modificamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso anticipado y cuáles son las situaciones en las que es posible que no le podamos avisar con antelación cuando cambien nuestras normas respecto de los medicamentos de la Lista de medicamentos.

---

## **B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?**

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

- Puede buscar el nombre del medicamento por orden alfabético; o
- Puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar por **orden alfabético**, consulte la sección del Índice de medicamentos cubiertos. Podrá encontrarlo en la página 167. Consulte el Índice y busque su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista. El Índice de medicamentos cubiertos es un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos. Tanto los medicamentos de marca y los genéricos como los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) se encuentran en el Índice.

Para buscar **por tipo de medicamento**, busque la sección titulada “Lista de medicamentos por tipo de medicamento” en la página 16. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para una infección, debe buscar en la categoría “Antiinfecciosos”. Allí encontrará los medicamentos que tratan las infecciones.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

---

## **B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?**

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)** y pregunte por él. Si le informan que Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no cubrirá el medicamento, usted puede hacer lo siguiente:

- Pedirle al Departamento de Servicios para Miembros una lista de los medicamentos que sean similares al que desea tomar. Luego, muéstrole la lista a su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden recetarle un medicamento de la Lista de medicamentos que sea similar al que desea tomar. **O bien,**
- Puede solicitarle al plan realizar una excepción y cubrir el medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

---

## **B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?**

Nosotros podemos ayudarle. Podemos cubrir un suministro temporal de su medicamento para 30 días durante los primeros 90 días de su membresía en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción.

Si su medicamento con receta está indicado para menos días, permitiremos obtener varios resurtidos hasta llegar a un suministro máximo de 30 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de su medicamento para 30 días en los siguientes casos:

- Si toma un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos; **o**
- Si las normas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad solicitada por la persona autorizada a dar recetas; **o**
- Si el medicamento requiere autorización previa de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP); **o**
- Si toma un medicamento que forma parte de una restricción de tratamiento escalonado.

Si está tomando un medicamento que Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no considera ser un medicamento de la Parte D, usted tiene derecho a obtener un suministro de 72 horas del medicamento por única vez.

Si se encuentra en un hogar de convalecencia u otro centro de atención a largo plazo, y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, o si no puede obtener con facilidad el medicamento que necesita, nosotros podemos ayudar. Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato, tenga en cuenta lo siguiente:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta por menos días), independientemente de que sea o no un miembro nuevo de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

---

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

### **Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención**

Si experimenta un cambio en su entorno de atención (por ejemplo, recibe el alta o ingresa en un hogar de convalecencia o en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar una anulación de la receta por única vez. Esta anulación por única vez le brindará una cobertura temporal (un suministro de hasta 30 días) de los medicamentos correspondientes.

---

## **B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?**

Sí. Puede solicitar una excepción de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) para cubrir un medicamento que no figure en la Lista de medicamentos.

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

- Por ejemplo, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitarnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que omitamos las restricciones de tratamiento escalonado o los requisitos de autorización previa.

---

## **B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?**

Para solicitar una excepción, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Un representante del Departamento de Servicios para Miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarlo a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las excepciones.

---

## **B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?**

Después de recibir una declaración de la persona autorizada a darle recetas que respalde su solicitud de una excepción, le informaremos nuestra decisión en el plazo de 72 horas.

Para presentar una declaración, usted o la persona autorizada a dar recetas puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) para obtener asistencia al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. Puede enviarnos la declaración por fax al 1-844-814-2260.

Si usted o la persona autorizada a dar recetas consideran que su salud puede perjudicarse si debe esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si la persona autorizada a dar recetas respalda su solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

---

### **B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?**

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, cuestan menos que los medicamentos de marca y funcionan igual de bien. Por lo general, no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Usualmente, los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca en la farmacia sin una receta nueva.

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre los medicamentos de marca y los genéricos.

---

### **B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?**

Cuando nos referimos a medicamentos, esto podría referirse a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos habituales. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los biosimilares son tan eficaces como los productos biológicos originales, y suelen ser más baratos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, podrían sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir los medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*.

---

### **B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?**

La sigla en inglés OTC significa “de venta libre”. Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) ofrece algunos medicamentos de venta libre a través de la parte NJ FamilyCare (Medicaid) de la cobertura del plan sin costo alguno para usted. Necesita una receta para que los medicamentos de venta libre estén cubiertos. Estos medicamentos de venta libre se enumeran en esta Lista de medicamentos que se encuentra en la Sección C1.

---

### **B16. ¿Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre productos de venta libre que no sean medicamentos?**

Sí. Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre algunos productos de venta libre que no sean medicamentos cuando su proveedor se los receta. Estos productos de venta libre que no son medicamentos se enumeran en esta Lista de medicamentos que se encuentra en la Sección C1.

Ejemplos de productos de venta libre que no sean medicamentos incluyen los preservativos. No existen costos compartidos ni copagos.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



---

## **B17. ¿Puedo obtener mis medicamentos a través de pedidos por correo/ suministro a largo plazo?**

Sí. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la farmacia CVS Caremark®. Por lo general, los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para tratar una enfermedad crónica o una afección médica prolongada.

- Programa de pedidos por correo. Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro para 100 días como máximo de sus medicamentos con receta directamente en su hogar.
- Suministro a largo plazo. Ofrecemos un suministro a largo plazo de medicamentos de “mantenimiento” que estén en nuestra Lista de medicamentos. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada).

Para obtener más información sobre cómo obtener medicamentos a través de pedidos por correo o suministros a largo plazo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**.

---

## **B18. ¿Cuál es mi copago?**

Los miembros de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no tienen copago para medicamentos con receta y de venta libre (OTC) y productos que no sean medicamentos, siempre y cuando el miembro siga las normas del plan. Para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre y los productos que no sean medicamentos, consulte las preguntas B14 y B15.

Los niveles son grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

- Los medicamentos genéricos del Nivel 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos de marca del Nivel 1 tienen un copago de \$0.

Los medicamentos de venta libre tienen un copago de \$0.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

## C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Si tiene alguna dificultad para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la Sección D. En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

La información incluida en la columna de Requisitos/Límites indica si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento. Se utilizan las siguientes abreviaturas:

<b>QL:</b> Límites de cantidad: para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá.
<b>PA:</b> Autorización previa: Nuestro plan exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no tiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
<b>ST:</b> Tratamiento escalonado: En algunos casos, nuestro plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B.
<b>LD:</b> Distribución limitada: El fabricante de medicamentos puede limitar el número de farmacias que pueden almacenar y distribuir este medicamento.
<b>MO:</b> Entrega de pedidos por correo: Por lo general, los medicamentos que se brindan a través del servicio de pedido por correo son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada.
<b>B/D:</b> Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare, según la situación. Estos medicamentos requieren autorización previa para determinar la cobertura en virtud de la Parte B o la Parte D. Es posible que deba presentarse información sobre la administración del medicamento o el lugar en el que se recibirá para determinar la cobertura.
<b>EA:</b> Cada uno.
<b>ML:</b> Mililitro.
<b>ACS:</b> Disponible en farmacias CVS Specialty. Estos medicamentos son para afecciones médicas complejas y pueden requerir una manipulación especial o un control más estricto. Están disponibles a través de servicios de farmacia de CVS Specialty u otras farmacias especializadas de la red. Es posible que no pueda obtenerlos en su farmacia local.
<b>HRM:</b> Medicamento de alto riesgo Según los expertos médicos, estos medicamentos pueden causar efectos secundarios adversos si tiene 65 años de edad o más. Si está tomando uno de estos medicamentos, consulte a su médico si hay opciones más seguras disponibles.
<b>OTC:</b> Productos de venta libre. Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) ofrece algunos medicamentos de venta libre a través de la parte NJ FamilyCare (Medicaid) de la cobertura del plan sin costo alguno para usted. Necesita una receta para que los medicamentos de venta libre estén cubiertos.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)





## C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento

Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando medicamentos para una infección, debe consultar la categoría "Antiinfecciosos". Allí encontrará los medicamentos que tratan las infecciones.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos figuran en los medicamentos genéricos que figuran en los medicamentos de caso inferior (por ejemplo, amoxicillin), se capitalizan (por ejemplo, los medicamentos SYNTHMIO) y los productos de OTC están enumerados en el caso inferior (*por ejemplo, acetinofeno comprimido*). La información en la columna "Acciones, restricciones o límites de uso" le informa si Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) tiene alguna normas para cubrir su medicamento.

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANALGÉSICOS</b>		
<b>GOTA</b>		
<i>allopurinol tableta 100 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>colchicine tableta 0.6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>febuxostat</i>	\$0 para el Nivel 1	ST MO
<i>probenecid</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>probenecid/colchicine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>VARIOS</b>		
<i>lidocaine hcl inyección 0.5 %, 1.5 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lidocaine hydrochloride inyección 0.5 %, 1 %, 1.5 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<b>NSAID (AINE) – ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>celecoxib cápsula 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>celecoxib cápsula 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac potassium tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium dr</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diclofenac sodium er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO



**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac sodium/misoprostol tableta de liberación retardada 50 mg; 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tableta de liberación retardada 75 mg; 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>diflunisal</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ec-naproxen tableta de liberación retardada 375 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días)
<i>ec-naproxen tableta de liberación retardada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tableta de liberación prolongada 24 horas 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>etodolac cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
FENOPROFEN CALCIUM CÁPSULA 400 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>fenoprofen calcium tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 c/u por 30 días) MO
<i>flurbiprofen tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ibu</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ibuprofen tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ibuprofen suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ketoprofen er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ketorolac tromethamine tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (20 EA por 30 días) PA MO
<i>meloxicam tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nabumetone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naproxen tableta de liberación prolongada 375 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>naproxen dr tableta de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>naproxen sodium tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naproxen tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naproxen tableta de liberación retardada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>naproxen suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
<i>oxaprozin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam cápsula 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sulindac</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN RETARDADA</b>		
<i>buprenorphine parche transdérmico</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 c/u por 28 días) PA MO
<i>fentanyl parche transdérmico</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate er tableta er 24 horas disuasiva de abuso (genérico de Hysingla ER)</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
METHADONE HCL INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>methadone hcl solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (450 ml por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl concentrado oral 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 ml por 30 días) PA MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>tramadol hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES, ACCIÓN CORTA</b>		
<i>acetaminophen/codeine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>acetaminophen/codeine solución 120 mg/5 ml; 12 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2700 ml por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate solución nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (5 ML por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>butorphanol tartrate inyección 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CODEINE SULFATE TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>endocet</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 c/u por 30 días)
<i>fentanyl citrate pastilla transmucosa oral en un mango 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>fentanyl citrate pastilla transmucosa oral en un mango 1200 µg, 1600 µg, 400 µg, 600 µg, 800 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2700 ml por 30 días) MO
<i>hydrocodone/acetaminophen tableta 7.5 mg; 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 c/u por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydromorphone hcl tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ml por 30 días) MO
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 0.25 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>morphine sulfate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
MORPHINE SULFATE INYECCIÓN 10 MG/ML (IV AMPOLLA E IV PF CARPUJECT), 2 MG/ML (IM O IV PF CARPUJECT, IM O IV PF AMPOLLA, E IM O IV JERINGA PRECARGADA), 4 MG/ML (IV AMPOLLA E IV PF CARPUJECT), 50 MG/ML (IV O IM PF AMPOLLA), 5 MG/ML (IV O IM PF AMPOLLA), 8 MG/ML (IV AMPOLLA E IV PF CARPUJECT)	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>morphine sulfate iny. 0.5 mg/ml pf ampolla, 10 mg/ml im o iv pf ampolla, 4 mg/ml im o iv pf ampolla e im o iv pf jeringa precargada, 50 mg/ml iv ampolla, 8 mg/ml im o iv pf ampolla</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>morphine sulfate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>morphine sulfate solución oral 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate solución oral 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride concentrado</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxycodone/acetaminophen tableta 325 mg; 10 mg, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM
<b>ANTIINFECCIOSOS</b>		
<b><i>ANTIINFECCIOSOS: VARIOS</i></b>		
<i>albendazole</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amikacin sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ARIKAYCE	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>atovaquone</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>aztreonam</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CAYSTON	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>clindamycin hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clindamycin hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clindamycin palmitate hcl solución 75 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate inyección 9000 mg/60 ml, 900 mg/6 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate inyección 600 mg/4 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE	\$0 para el Nivel 1	
<i>colistimethate sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>dapsone tableta 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	\$0 para el Nivel 1	
DAPTOMYCIN INYECCIÓN 350 MG	\$0 para el Nivel 1	
<i>daptomycin inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
EMVERM	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 365 días) MO
<i>ertapenem</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ertapenem sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gentamicin sulfate inyección pediátrica 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride inyección 1.2 mg/ml; 0.9 %, 1 mg/ml; 0.9 % 2 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride inyección 1.6 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gentamicin sulfate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>imipenem/cilastatin</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
IMPAVIDO	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA MO
<i>isotonic gentamicin</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ivermectin tableta 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 90 días) PA MO
<i>linezolid tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (56 c/u por 28 días) PA MO
<i>linezolid suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 600 MG/300 ML; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>linezolid inyección 600 mg/300 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>meropenem</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methenamine hippurate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methenamine mandelate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole cápsula 375 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole inyección 500 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>metronidazole tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitazoxanide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (6 EA por 30 días) MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pentamidine isethionate solución de inhalación reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>pentamidine isethionate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>praziquantel</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pyrimethamine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
SIVEXTRO INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
SIVEXTRO TABLETA	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>streptomycin sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfadiazine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspensión, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tinidazole</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TOBI PODHALER	\$0 para el Nivel 1	QL (224 EA por 56 días) PA; ACS LD
<i>tobramycin sulfate inyección 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tobramycin sulfate inyección 1.2 g/30 ml, 80 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tobramycin sulfate inyección 1.2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tobramycin solución de nebulización 300 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (280 ML por 56 días) PA; ACS
<i>trimethoprim</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VANCOMYCIN	\$0 para el Nivel 1	
VANCOMYCIN HCL INYECCIÓN 0.9 %; 1 G/200 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>vancomycin hcl inyección 100 g, 10 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>vancomycin hydrochloride cápsula 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>vancomycin hydrochloride cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 1000 MG/200 ML, 1250 MG/250 ML, 1500 MG/300 ML, 1750 MG/350 ML, 500 MG/100 ML, 750 MG/150 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>vancomycin hydrochloride inyección 1.25°gm, 1.5°gm, 1.75°gm, 1°gm, 2°gm, 5°gm, 750°mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>vancomycin hydrochloride inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ANTIMICÓTICOS</b>		
ABELCET	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>amphotericin b</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amphotericin b liposome</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>caspofungin acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluconazole</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluconazole in sodium chloride inyección 200 mg; 100 ml, 400 mg; 100 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluconazole/sodium chloride inyección 100 mg/50 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>flucytosine</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>griseofulvin microsize</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>itraconazole cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>ketoconazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>miconazole</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>mycamine inyección 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nystatin tableta 500000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>posaconazole suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (630 ML por 30 días) PA MO
<i>posaconazole dr</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (93 EA por 30 días) PA MO
<i>terbinafine hcl tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 365 días) MO
<i>voriconazole inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>voriconazole suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>voriconazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>voriconazole tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 EA por 30 días) MO

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANTIPALÚDICOS</b>		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chloroquine phosphate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
COARTEM	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mefloquine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>primaquine phosphate</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>quinine sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<b>AGENTES ANTIRRETROVIRALES</b>		
<i>abacavir</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
APTIVUS	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atazanavir</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atazanavir sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>darunavir tableta 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>darunavir tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
EDURANT	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>efavirenz tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>emtricitabine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
EMTRIVA SOLUCIÓN ORAL	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>etravirine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fosamprenavir calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FUZEON	\$0 para el Nivel 1	MO; LD



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INTELENCE TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	
ISENTRESS HD	\$0 para el Nivel 1	MO
ISENTRESS PAQUETE, TABLETA	\$0 para el Nivel 1	MO
ISENTRESS TABLETA MASTICABLE 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
ISENTRESS TABLETA MASTICABLE 100 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamivudine solución 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamivudine tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>maraviroc</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nevirapine er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nevirapine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nevirapine suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NORVIR PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	MO
PIFELTRO	\$0 para el Nivel 1	MO
PREZISTA SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (400 ML por 30 días) MO
PREZISTA TABLETA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (480 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
REYATAZ PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ritonavir</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
RUKOBIA	\$0 para el Nivel 1	MO
SELZENTRY SOLUCIÓN	\$0 para el Nivel 1	MO

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SELZENTRY TABLETA 25TABS.MG	\$0 para el Nivel 1	
SELZENTRY TABLETA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	
SUNLENCA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (3 ML por 180 días) MO; LD
SUNLENCA TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO (PAQ. DE 5 TABS.) 300 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 365 días) MO; LD
SUNLENCA TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO (PAQ. DE 4 TABS.) 300 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 365 días) MO; LD
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TIVICAY PD	\$0 para el Nivel 1	MO
TIVICAY TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
TIVICAY TABLETA 25 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
TROGARZO	\$0 para el Nivel 1	MO; LD
TYBOST	\$0 para el Nivel 1	MO
VIRACEPT	\$0 para el Nivel 1	MO
VIREAD POLVO, TABLETA 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>zidovudine cápsula, jarabe</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>zidovudine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>COMBINACIÓN DE ANTIRRETROVIRALES</b>		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BIKTARVY	\$0 para el Nivel 1	MO
CIMDUO	\$0 para el Nivel 1	MO
COMPLERA	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DELSTRIGO	\$0 para el Nivel 1	MO
DESCOVY	\$0 para el Nivel 1	MO
DOVATO	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 200 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 100 mg; 150 mg, 133 mg; 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tableta 167 mg; 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
EVOTAZ	\$0 para el Nivel 1	MO
GENVOYA	\$0 para el Nivel 1	MO
JULUCA	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamivudine/zidovudine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lopinavir/ritonavir</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ODEFSEY	\$0 para el Nivel 1	MO
PREZCOBIX	\$0 para el Nivel 1	MO
STRIBILD	\$0 para el Nivel 1	MO
SYMTUZA	\$0 para el Nivel 1	MO
TRIUMEQ	\$0 para el Nivel 1	MO
TRIUMEQ PD	\$0 para el Nivel 1	MO

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANTITUBERCULOSOS</b>		
<i>cycloserine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ethambutol hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isoniazid tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isoniazid inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>isoniazid jarabe</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PRETOMANID	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA
PRIFTIN	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pyrazinamide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rifabutin</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rifampin cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rifampin inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
SIRTURO	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
TRECATOR	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ANTIVIRALES</b>		
<i>acyclovir cápsula, suspensión, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>acyclovir sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
BRACLUDE SOLUCIÓN ORAL	\$0 para el Nivel 1	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>entecavir</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
EPCLUSA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>famciclovir tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (21 c/u por 30 días) MO
<i>famciclovir tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ganciclovir</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
HARVONI	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>lamivudine tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LIVTENCITY	\$0 para el Nivel 1	QL (336 EA por 28 días) PA; LD
MAVYRET	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>oseltamivir phosphate cápsula 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (168 c/u por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate cápsula 45 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (84 c/u por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1080 ML por 365 días) MO
PAXLOVID TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 150 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (40 EA por 180 días)
PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 180 días)
PEGASYS	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
PREVYMIS TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA MO
RELENZA DISKHALER	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 365 días) MO
<i>ribavirin cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>ribavirin tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>rimantadine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>valganciclovir hydrochloride solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>valganciclovir tableta 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VOSEVI	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<b>CEFALOSPORINAS</b>		
CEFACTOR ER	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefactor suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefactor cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefadroxil</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
1 G/50 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 1	
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 100 G,	\$0 para el Nivel 1	
300 G	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefazolin sodium inyección intravenosa 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefazolin sodium inyección 10 g (solo</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>intravenosa), 1 g (intramuscular o intravenosa),</i>		
<i>500 mg (intramuscular o intravenosa)</i>		
CEFAZOLIN INYECCIÓN 2 G/100 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 1	
CEFAZOLIN INYECCIÓN INTRAVENOSA DE	\$0 para el Nivel 1	
DOSIS ÚNICA EN AMPOLLA 2 G, 3 G	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefazolin inyección intramuscular o intravenosa</i>	\$0 para el Nivel 1	
3 g	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefazolin inyección intramuscular o intravenosa</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
2 g	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefdinir</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefepime inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefixime cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefixime suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefotetan inyección 1 g/10 ml, 2 g/20 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefotixin sodium inyección 1 g, 10 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefepodoxime proxetil</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefprozil</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ceftazidime inyección 6 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ceftazidime inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	\$0 para el Nivel 1	
CEFTRIAZONE SODIUM INYECCIÓN 100 G	\$0 para el Nivel 1	
<i>ceftriaxone sodium inyección intravenosa 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ceftriaxone sodium inyección 10 g (solo intravenosa), 1 g (intramuscular o intravenosa), 250 mg (intramuscular o intravenosa), 2 g (intramuscular o intravenosa), 500 mg (intramuscular o intravenosa)</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefuroxime axetil tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefuroxime sodium inyección 1.5 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefuroxime sodium inyección 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin cápsula 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin suspensión reconstituida, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tazicef</i>	\$0 para el Nivel 1	
TEFLARO	\$0 para el Nivel 1	
<b>ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS</b>		
AZITHROMYCIN PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>azithromycin tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>azithromycin suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>azithromycin inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clarithromycin er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clarithromycin tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clarithromycin suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DIFICID SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	
DIFICID TABLETA	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin base</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin dr</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin ethylsuccinate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin lactobionate</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>erythromycin cápsula partículas de liberación retardada 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>FLUOROQUINOLONAS</b>		
<i>ciprofloxacin hcl tableta 100 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección 200 mg/100 ml; 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección 400 mg/200 ml; 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levofloxacin in d5w</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levofloxacin inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levofloxacin solución oral 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levofloxacin tableta 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>moxifloxacin hydrochloride inyección 400 mg/250 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>moxifloxacin hydrochloride tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>PENICILINAS</b>		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspensión reconstituida 200 mg/5 ml; 28.5 mg/5 ml, 400 mg/5 ml; 57 mg/5 ml, 600 mg/5 ml; 42.9 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspensión reconstituida 250 mg/5 ml; 62.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta masticable 200 mg; 28.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta masticable 400 mg; 57 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta 500 mg; 125 mg, 875 mg; 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta 250 mg; 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin cápsula, tableta masticable, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin suspensión reconstituida 400 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ampicillin cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ampicillin sodium inyección 10 g, 125 mg, 1 g i.v., 250 mg, 2 g i.v.</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ampicillin sodium inyección 1 g, 2 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ampicillin-sulbactam</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ampicillin/sulbactam</i>	\$0 para el Nivel 1	
BICILLIN L-A	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dicloxacillin sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
EXTENCILLINE	\$0 para el Nivel 1	
LENTOCILIN	\$0 para el Nivel 1	
<i>nafcillin sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nafcillin sodium inyección 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nafcillin sodium inyección 10 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>oxacillin sodium inyección 10 g, 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>penicillin g potassium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	\$0 para el Nivel 1	
<i>penicillin g sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>penicillin v potassium tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>penicillin v potassium solución reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	
<b>TETRACICLINAS</b>		
<i>doxy 100 inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline hyclate cápsula 100 mg, 50 mg, tableta 100 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline hyclate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxycycline monohydrate cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline monohydrate cápsula 100 mg, 150 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline monohydrate tableta 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline monohydrate tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline suspensión reconstituida 25 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>minocycline hcl cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>minocycline hcl tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	ST MO
<i>minocycline hydrochloride cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mondoxyne nl</i>	\$0 para el Nivel 1	
NUZYRA	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
<i>tetracycline hydrochloride cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tigecycline</i>	\$0 para el Nivel 1	
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS</b>		
<b><i>ALQUILANTES</i></b>		
CYCLOPHOSPHAMIDE TABLETA	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>cyclophosphamide cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
GLEOSTINE CÁPSULA 10 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS
GLEOSTINE CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS
LEUKERAN	\$0 para el Nivel 1	MO
<b><i>ANTIMETABOLITOS</i></b>		
INQOVI	\$0 para el Nivel 1	QL (5 EA por 28 días) PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LONSURF	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>mercaptopurine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methotrexate sodium inyección pf 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methotrexate sodium inyección 1 g/40 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>methotrexate sodium inyección 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methotrexate sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
ONUREG	\$0 para el Nivel 1	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS LD
PURIXAN	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
TABLOID	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS HORMONALES</b>		
<i>abiraterone acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
AKEEGA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>anastrozole</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bicalutamide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ELIGARD	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
EMCYT	\$0 para el Nivel 1	MO
ERLEADA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>exemestane</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FIRMAGON INYECCIÓN 80 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
FIRMAGON INYECCIÓN 120 MG/AMPOLLA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>letrozole</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>leuprolide acetate inyección 1 mg/0.2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LUPRON DEPOT (1 MES) INYECCIÓN 3.75 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LUPRON DEPOT (3 MESES) INYECCIÓN 11.25 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LYSODREN	\$0 para el Nivel 1	LD
<i>megestrol acetate tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nilutamide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NUBEQA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ORGOVYX	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
ORSERDU TABLETA 345 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
ORSERDU TABLETA 86 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
SOLTAMOX	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tamoxifen citrate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>toremifene citrate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
XTANDI	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
<i>lenalidomide cápsula 20 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>lenalidomide cápsula 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
POMALYST	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
THALOMID CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
<b>VARIOS</b>		
ASPARLAS	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
BESREMI	\$0 para el Nivel 1	QL (2 ML por 28 días) PA; LD
<i>bexarotene cápsula 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>hydroxyurea</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
IWILFIN	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
MATULANE	\$0 para el Nivel 1	LD
ONCASPAR	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>tretinoin cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
WELIREG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
<b>FÁRMACOS DIRIGIDOS MOLECULARES</b>		
ALECENSA	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ALUNBRIG TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
ALUNBRIG TABLETA 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
ALUNBRIG TABLETA 180 MG, 90 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
AUGTYRO	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
AYVAKIT	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
BALVERSA TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
BALVERSA TABLETA 4 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD



**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BALVERSA TABLETA 3 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
BOSULIF CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 25 días) PA; ACS
BOSULIF CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS
BOSULIF TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
BOSULIF TABLETA 400 MG, 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
BRAFTOVI CÁPSULA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
BRUKINSA	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
CABOMETYX	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
CALQUENCE	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
CAPRELSA TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
CAPRELSA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
COMETRIQ KIT 140 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 100 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 60 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
COPIKTRA	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COTELLIC	\$0 para el Nivel 1	QL (63 EA por 28 días) PA; ACS LD
DAURISMO TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
DAURISMO TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ERIVEDGE	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>erlotinib hydrochloride tableta 100 mg, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erlotinib hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
EXKIVITY	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
FOTIVDA	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
GAVRETO	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>gefitinib</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
GILOTRIF	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IBRANCE	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
ICLUSIG TABLETA 10 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
ICLUSIG TABLETA 15 MG, 45 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IDHIFA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>imatinib mesylate tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>imatinib mesylate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
IMBRUVICA SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (216 ML por 27 días) PA; LD
IMBRUVICA TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMBRUVICA CÁPSULA 70 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IMBRUVICA CÁPSULA 140 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
INLYTA TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
INLYTA TABLETA 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
INREBIC	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
JAKAFI	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
JAYPIRCA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
JAYPIRCA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
KISQALI	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
KISQALI FEMARA DOSIS DE 200	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
KISQALI FEMARA DOSIS DE 400	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
KISQALI FEMARA DOSIS DE 600	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
KOSELUGO	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
KRAZATI	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>lapatinib ditosylate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LORBRENA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
LORBRENA TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 120 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 320 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
LYNPARZA	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 16 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (140 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 12 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
MEKINIST SOLUCIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	QL (1260 ML por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 0.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKTOVI	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
NERLYNX	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
NINLARO	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ODOMZO	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
OGSIVEO TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
OGSIVEO TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD



**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OJEMDA TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (24 EA por 28 días) PA; LD
OJEMDA SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	QL (96 ML por 28 días) PA; LD
OJJAARA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
<i>pazopanib hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
PEMAZYRE	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 200 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS
PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS
PIQRAY 300 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS
QINLOCK	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
RETEVMO CÁPSULA 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
RETEVMO CÁPSULA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
SORINE TABLETA 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
RETEVMO CÁPS. 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
REZLIDHIA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>romidepsin inyección 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
ROZLYTREK PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	QL (336 EA por 28 días) PA; ACS LD
ROZLYTREK CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
ROZLYTREK CÁPSULA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
RUBRACA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
RYDAPT	\$0 para el Nivel 1	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SCEMBLIX TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
SCEMBLIX TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (300 EA por 30 días) PA; ACS
SCEMBLIX TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>sorafenib tosylate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
SPRYCEL TABLETA 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
SPRYCEL TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
STIVARGA	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>sunitinib malate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
TABRECTA	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
TAFINLAR CÁPSULA	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
TAFINLAR TABLETA SOLUBLE	\$0 para el Nivel 1	QL (900 EA por 30 días) PA; ACS LD
TAGRISSO	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
TASIGNA CÁPSULA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
TASIGNA CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
TAZVERIK	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
TECVAYLI	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
TEPMETKO	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
TIBSOVO	\$0 para el Nivel 1	PA; LD



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>torpenz</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA
TRUQAP	\$0 para el Nivel 1	QL (64 EA por 28 días) PA; LD
TRUXIMA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
TUKYSA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
TUKYSA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
TURALIO	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VANFLYTA	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA PAQUETE INICIAL	\$0 para el Nivel 1	QL (42 EA por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
VERZENIO	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
VITRAKVI SOLUCIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 30 días) PA; ACS LD
VITRAKVI CÁPSULA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
VITRAKVI CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
VIZIMPRO	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
VONJO	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
XALKORI CÁPSULA	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
XOSPATA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA	\$0 para el Nivel 1	QL (24 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO 80 MG DOS VECES POR SEMANA	\$0 para el Nivel 1	QL (32 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO UNA VEZ POR SEMANA 40 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO UNA VEZ POR SEMANA 80 MG, 100 MG, DOS VECES POR SEMANA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) PA; LD
ZEJULA TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZELBORAF	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZIRABEV	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ZOLINZA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ZYDELIG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZYKADIA	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
<b>AGENTES PROTECTORES</b>		
<i>leucovorin calcium tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
MESNEX TABLETA	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>CARDIOVASCULARES</b>		
<b>COMBINACIONES DE INHIBIDOR DE LA ECA</b>		
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 20 mg, 25 mg; 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
<i>benazepril hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>benazepril hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>captopril</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enalapril maleate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fosinopril sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lisinopril</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>moexipril hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>perindopril erbumine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinapril hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ramipril</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trandolapril</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ALDOSTERONA</b>		
<i>eplerenone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
KERENDIA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>spironolactone tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ALFA-BLOQUEANTES</b>		
<i>doxazosin mesylate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>prazosin hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terazosin hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terazosin hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>COMBINACIONES/ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II</b>		
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tableta 32 mg; 12.5 mg, 32 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tableta 16 mg; 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBYCLOR	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ENTRESTO CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES	\$0 para el Nivel 1	
ENTRESTO TABLETA	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>telmisartan/amlodipine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 40 mg, 25 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II</b>		
<i>candesartan cilexetil tableta 32 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil tableta 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBI	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tableta 320 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tableta 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
<i>amiodarone hcl inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>amiodarone hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amiodarone hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>disopyramide phosphate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>dofetilide</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>flecainide acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LIDOCAINE HCL IN D5W	\$0 para el Nivel 1	
LIDOCAINE HCL INYECCIÓN 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>lidocaine hcl inyección 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
MULTAQ	\$0 para el Nivel 1	MO
NORPACE CR	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pacerone</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>propafenone hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propafenone hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propafenone hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinidine sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sorine tableta 160 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>sorine tableta 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sotalol hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS</b>		
<i>fenofibrate micronized</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fenofibrate cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fenofibrate tableta 145 mg, 160 mg, 40 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fenofibrate tableta 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fenofibric acid dr</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gemfibrozil</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-CoA REDUCTASA</b>		
<i>atorvastatin calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin sodium er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lovastatin</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pravastatin sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>rosuvastatin calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>simvastatin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<b>ANTILIPÉMICOS, VARIOS</b>		
<i>cholestyramine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cholestyramine light</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>colesevelam hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>colestipol hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ezetimibe</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
NEXLETOL	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NEXLIZET	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>niacin</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>niacin er tableta de liberación prolongada 1000 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>niacin er tableta de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>niacor</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>prevalite</i>	\$0 para el Nivel 1	
REPATHA	\$0 para el Nivel 1	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	\$0 para el Nivel 1	PA
REPATHA SURECLICK	\$0 para el Nivel 1	PA
VASCEPA	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>COMBINACIONES DE BETA BLOQUEANTE/ DIURÉTICO</b>		
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>BETA BLOQUEANTES</b>		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atenolol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>betaxolol hcl tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bisoprolol fumarate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carvedilol phosphate er cápsula de liberación prolongada 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>carvedilol tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>labetalol hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>labetalol hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoprolol succinate er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoprolol tartrate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoprolol tartrate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nadolol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nebivolol hydrochloride tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nebivolol hydrochloride tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>pindolol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propranolol hcl er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propranolol hcl solución oral, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propranolol hcl inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>propranolol hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propranolol hydrochloride solución oral, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>timolol maleate tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine besylate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cartia xt</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dilt-xr</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hcl cd cápsula de liberación prolongada 24 horas 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hcl er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hcl tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DILTIAZEM HCL INYECCIÓN 100 MG	\$0 para el Nivel 1	
<i>diltiazem hcl inyección 125 mg/25 ml, 50 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>felodipine er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isradipine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>matzim la</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nicardipine hcl cápsula 20 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nifedipine er tableta liberación prolongada 24 horas 30 mg (de liberación osmótica), 60 mg (de liberación osmótica), 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nifedipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nisoldipine er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tiadylt er cápsula de liberación retardada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tiadylt er cápsula de liberación prolongada 24 horas 420 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>verapamil hcl er tableta de liberación prolongada 120 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hcl er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VERAPAMIL HCL SR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 360 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hcl sr cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hcl sr tableta de liberación prolongada 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hydrochloride er tableta de liberación prolongada 180 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>DIURÉTICOS</b>		
<i>acetazolamide er cápsula de liberación prolongada</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>acetazolamide tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amiloride hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bumetanide tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bumetanide inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chlorthalidone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>furosemide solución oral, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>furosemide inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>indapamide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methazolamide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metolazone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>torseamide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>VARIOS</b>		
<i>aliskiren</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clonidine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clonidine parche semanal 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>clonidine parche semanal 0.2 mg/24 h, 0.3 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) MO
CORLANOR SOLUCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
CORLANOR TABLETA	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>digox tableta 250 µg, 125 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
<i>digoxin solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>digoxin inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>digoxin tableta 125 µg, 250 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>digoxin tableta 62.5 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>droxidopa cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>droxidopa cápsula 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>guanfacine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>hydralazine hcl tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydralazine hcl inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydralazine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ivabradine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>metyrosine</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>midodrine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>minoxidil</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ranolazine er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VERQUVO	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<b>NITRATOS</b>		
<i>isosorbide dinitrate tableta 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide dinitrate tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide mononitrate er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NITRO-BID	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitroglycerin transdermal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NITROGLYCERIN INYECCIÓN 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual solución 0.4 mg/aerosol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitroglycerin tableta sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR</b>		
<i>ambrisentan</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosentan tableta 62.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosentan tableta 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>epoprostenol sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D; ACS LD
<b>OPSUMIT</b>		
<i>sildenafil citrate tableta (genérico de Revatio)</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS
<i>sildenafil inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1125 ML por 30 días) PA; ACS
<i>tadalafil tableta (genérico de Adcirca) 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>		
<b>ANSIOLÍTICOS</b>		
<b>ALPRAZOLAM INTENSOL</b>		
<i>alprazolam tableta 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 30 días) MO; HRM
<i>alprazolam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>alprazolam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO; HRM
<i>bupirone hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bupirone hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM



**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluvoxamine maleate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam intensol</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 ML por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 ML por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam tableta 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxazepam</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<b>ANTIDEMENCIA</b>		
<i>donepezil hcl tableta que se desintegra</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 23 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (200 ML por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>memantine hcl paq. de ajuste de la dosis</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (98 EA por 365 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>memantine hydrochloride solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (360 ml por 30 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
NAMZARIC	\$0 para el Nivel 1	MO

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rivastigmine tartrate cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rivastigmine sistema transdérmico</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>		
<i>amitriptyline hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>amoxapine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
AUVELITY	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>bupropion hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tableta de liberación prolongada 24 horas 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>clomipramine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>desipramine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>desvenlafaxine er tableta (genérico de Pristiq) de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>doxepin hcl cáps. 75 mg, concentrado 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxepin hydrochloride cápsula 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN RETARDADA 20 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN PROLONGADA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>duloxetine hcl (genérico de Irenka) cápsula 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>duloxetine hydrochloride (genérico de Cymbalta) cápsula 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
EMSAM	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>escitalopram oxalate solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 EA por 30 días) MO; HRM
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
FETZIMA CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 120 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 20 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluoxetine dr cápsula de liberación retardada 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride solución, tableta (genérico de Prozac)</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>imipramine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>imipramine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MARPLAN	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tableta 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tableta 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nefazodone hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nortriptyline hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>paroxetine hcl er tableta de liberación retardada 24 horas 37.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO; HRM
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>phenelzine sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>protriptyline hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>sertraline hcl tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hcl concentrado</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tranylcypromine sulfat</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trazodone hydrochloride tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trazodone hydrochloride tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trimipramine maleate cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
TRINTELLIX	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
VENLAFAXINE BESYLATE ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 112.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>vilazodone hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ZURZUVAE CÁPSULA 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (14 EA por 14 días) PA; ACS
ZURZUVAE CÁPSULA 20 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 14 días) PA; ACS
<b>AGENTES ANTIPARKINSONIANOS</b>		
<i>amantadine hcl solución, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amantadine hcl cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>benztropine mesylate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>benztropine mesylate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>bromocriptine mesylate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbidopa</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>entacapone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
INBRIJA	\$0 para el Nivel 1	QL (300 EA por 30 días) PA; LD
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rasagiline mesylate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ropinirole er tableta de liberación retardada 24 horas 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 c/u por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 12 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ropinirole hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>selegiline hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trihexyphenidyl hcl solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM



**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANTIPSICÓTICOS</b>		
<i>aripiprazole tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO; HRM
ARISTADA INITIO	\$0 para el Nivel 1	HRM
ARISTADA INYECCIÓN 441 MG/1.6 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.6 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 662 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2.4 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 882 MG/3.2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.2 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 1064 MG/3.9ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.9 ML por 56 días); HRM
<i>asenapine maleate sl</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
CAPLYTA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>chlorpromazine hcl tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>chlorpromazine hcl inyección 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
<i>chlorpromazine hcl inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrado</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
<i>chlorpromazine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
CLOZAPINE TABS. BUCODISPERSABLES QUE SE DESINTEGRAN 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; HRM
CLOZAPINE TABS. BUCODISPERSABLES QUE SE DESINTEGRAN 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días) PA; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clozapine tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
<i>clozapine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días); HRM
<i>clozapine tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días); HRM
FANAPT	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>fluphenazine decanoate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluphenazine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride elixir, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol decanoate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol lactate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol concentrado</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN 1092 MG/3.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.5 ML por 180 días); HRM
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN 1560 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (5 ML por 180 días); HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 39 MG/0.25 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.25 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 78 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 117 MG/0.75 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.75 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 156 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 234 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.5 ML por 28 días) MO; HRM



**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 273 MG/0.88 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.88 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 410 MG/1.32 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.32 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 546 MG/1.75 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.75 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 819 MG/2.63 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2.63 ML por 90 días); HRM
<i>loxapine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tableta 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tableta 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
NUPLAZID	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS HRM LD
<i>olanzapine tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (3 EA por 1 días) MO; HRM
<i>olanzapine tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paliperidone er tableta de liberación retardada 24 horas 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paliperidone er tableta de liberación prolongada 24 horas 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>perphenazine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>pimozide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quetiapine fumarate er tableta de liberación retardada 24 horas 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>quetiapine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>quetiapine fumarate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 300 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
REXULTI TABLETA 3 MG, 4 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
REXULTI TABLETA 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone er inyección 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 c/u por 28 días) MO
<i>risperidone er inyección 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 28 días) MO; HRM
<i>risperidone er inyección 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 c/u por 28 días) MO
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 0.25 mg, 0.5 mg, 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
SECUADO	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>thioridazine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>thiothixene</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trifluoperazine hcl tableta 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>trifluoperazine hcl tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>trifluoperazine hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
VERSACLOZ	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) PA; HRM
VRAYLAR CÁPS. PAQ. DE TRATAMIENTO	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
VRAYLAR CÁPSULA 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
VRAYLAR CÁPSULA 1.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>ziprasidone hcl cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>ziprasidone mesylate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (6 EA por 3 días) MO; HRM
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 210 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS HRM
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 405 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 28 días) PA; ACS HRM
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 300 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS HRM
<b>AGENTES ANTICONVULSIVANTES</b>		
APTIOM TABLETA 200 MG, 400 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
APTIOM TABLETA 600 MG, 800 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
BRIVIACT TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
BRIVIACT INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ml por 30 días) PA
BRIVIACT SOLUCIÓN ORAL	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) PA MO
<i>carbamazepine er cápsula de liberación retardada 12 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>carbamazepine er tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbamazepine er tableta de liberación prolongada 12 horas 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>carbamazepine tableta masticable, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>carbamazepine suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>clobazam suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>clobazam tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 c/u por 30 días) MO
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 c/u por 30 días) MO
<i>clonazepam tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clorazepate dipotassium tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clorazepate dipotassium tableta 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
DIACOMIT CÁPSULA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT CÁPSULA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
<i>diazepam intenosol</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
DIAZEPAM GEL RECTAL	\$0 para el Nivel 1	QL (5 EA por 30 días) MO; HRM
<i>diazepam concentrado</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1200 ML por 30 días) PA MO; HRM



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diazepam inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
DILANTIN	\$0 para el Nivel 1	MO
DILANTIN INFATABS	\$0 para el Nivel 1	MO
DILANTIN-125	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>divalproex sodium cápsula de liberación retardada con gránulos dispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>divalproex sodium dr</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>divalproex sodium er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
EPIDIOLEX	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) PA; ACS LD
<i>epitol</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
EPRONTIA	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 30 días) PA MO
<i>ethosuximide cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ethosuximide solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>felbamate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FINTEPLA	\$0 para el Nivel 1	QL (360 ML por 30 días) PA; LD
<i>fosphenytoin sodium inyección 100 mg pe/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fosphenytoin sodium inyección 500 mg pe/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FYCOMPA SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (720 ml por 30 días) PA MO
FYCOMPA TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
FYCOMPA TABLETA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) cápsula 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico Neurontin) cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2160 ML por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) tableta 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1200 ML por 30 días) MO
<i>lacosamide inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lacosamide tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lamotrigine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamotrigine er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamotrigine tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamotrigine kit inicial/azul</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamotrigine kit inicial/verde</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamotrigine kit inicial/naranja</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levetiracetam er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levetiracetam/sodium chloride</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levetiracetam solución oral, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levetiracetam inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
LIBERVANT	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA



**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methsuximide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NAYZILAM	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>oxcarbazepine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>oxcarbazepine suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>phenobarbital sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; HRM
<i>phenobarbital tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenobarbital elixir</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1500 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenytek</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>phenytoin suspensión oral, tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>phenytoin sodium cápsula de liberación retardada</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>phenytoin sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>pregabalin cápsula 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 225 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>primidone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>roweepra</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>rufinamide suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2760 ML por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 EA por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 c/u por 30 días) PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 750 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>subvenite</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>subvenite kit inicial/azul</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>subvenite kit inicial/verde</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>subvenite kit inicial/naranja</i>	\$0 para el Nivel 1	
SYMPAZAN FILM 5MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>tiagabine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>topiramate er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>topiramate cápsula con gránulos dispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>topiramate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>valproate sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>valproic acid cápsula, solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VALTOCO DOSIS DE 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO DOSIS DE 15 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VALTOCO DOSIS DE 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO DOSIS DE 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>vigabatrin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>vigadrone</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
VIGAFYDE	\$0 para el Nivel 1	QL (750 ML por 30 días) PA; LD
<i>vigpoder</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
XCOPRI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS 12.5 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) MO
XCOPRI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS 50 MG; 100 MG, 150 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) MO
XCOPRI PAQ. DE MANTENIMIENTO 100 MG; 150 MG, 150 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) MO
XCOPRI TABLETAS 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
XCOPRI TABLETA 100 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
XCOPRI TABLETA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ZONISADE	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>zonisamide cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>zonisamida cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
ZTALMY	\$0 para el Nivel 1	QL (1100 ML por 30 días) PA; LD
<b>TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN</b>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine cápsula de liberación retardada 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tableta 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>atomoxetine hydrochloride cápsula 10 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 18 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride cápsula de liberación prolongada 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>guanfacine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>guanfacine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (la) cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Ritalin LA) 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Ritalin LA) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylphenidate hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Ritalin LA) 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er cápsula de liberación prolongada (genérico de Metadate ER) 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA (GENÉRICO DE RELEXXII) 45 MG, 63 MG, 72 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tableta de liberación prolongada (genérico de Concerta y Relexxii) 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tableta de liberación prolongada (genérico de Metadate ER y Ritalin SR) 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>zenzedi tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 c/u por 30 días)
<b>HIPNÓTICOS</b>		
DAYVIGO	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>doxepin hydrochloride tableta 3 mg, 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tasimelteon</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>temazepam</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>triazolam</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zaleplon cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zaleplon cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zolpidem tartrate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<b>MIGRAÑA</b>		
AIMOVIG	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 30 días) PA; ACS
<i>dihydroergotamine mesylate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>dihydroergotamine mesylate solución nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 30 días) PA MO
<i>eletriptan hydrobromide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (40 EA por 28 días) PA MO
<i>naratriptan hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (9 EA por 30 días) MO
NURTEC	\$0 para el Nivel 1	QL (16 EA por 30 días) PA MO
QULIPTA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>rizatriptan benzoate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan aerosol nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate resurtido</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (9 EA por 30 días) MO
UBRELVY	\$0 para el Nivel 1	QL (16 EA por 30 días) PA MO



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>VARIOS</b>		
AUSTEDO XR PAQ. DE AJUSTE DE LA DOSIS PARA EL PACIENTE, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE TRATAMIENTO 12°MG; 18°MG; 24°MG; 30°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 365 días) PA; ACS
AUSTEDO XR PAQ. DE AJUSTE DE LA DOSIS PARA EL PACIENTE, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE TRATAMIENTO 6°MG, 12°MG; 24°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 365 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 12 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 24 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLETA 12 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
AUSTEDO TABLETA 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>lithium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lithium carbonate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lithium carbonate er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NUEDEXTA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tableta de liberación retardada 24 horas 330 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tableta de liberación prolongada 24 horas 165 mg, 82.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pyridostigmine bromide tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pyridostigmine bromide er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>riluzole</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tetrabenazine tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>tetrabenazine tableta 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>		
BAFIERTAM	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
BETASERON	\$0 para el Nivel 1	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS
<i>dalfampridine er</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>fingolimod hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>glatiramer acetate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i>glatiramer acetate inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
<i>glatopa inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i>glatopa inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
KESIMPTA	\$0 para el Nivel 1	QL (6.4 ML por 365 días) PA; ACS LD
<i>teriflunomide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES</b>		
<i>baclofen tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>baclofen tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cloroxazone tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA MO
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>dantrolene sodium cápsula 25 mg, 50 mg, 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tizanidine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tizanidine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b><i>NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA</i></b>		
<i>armodafinil tableta 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>armodafinil tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
SODIUM OXYBATE	\$0 para el Nivel 1	QL (540 ML por 30 días) PA; LD
<b><i>PSICOTERAPÉUTICOS-VARIOS</i></b>		
<i>acamprosate calcium dr</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>buprenorphine hcl tableta sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tableta sublingual</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 12 mg; 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tableta (para dejar de fumar) de liberación prolongada, 12 horas, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>disulfiram</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naloxone hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naloxone hydrochloride aerosol nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naloxone hydrochloride inyección 0.4 mg/ml cartucho jeringa precargada, 2 mg/2 ml jeringa precargada</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>naloxone hydrochloride ampolla inyección 0.4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naltrexone hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NICOTROL INHALADOR	\$0 para el Nivel 1	MO
NICOTROL NS	\$0 para el Nivel 1	QL (360 ML por 365 días) MO
<i>varenicline caja mensual inicial</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>varenicline tartrate tableta 1 mg, 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
VIVITROL	\$0 para el Nivel 1	ACS
<b>ENDOCRINOS Y METABÓLICOS</b>		
<b>ANDRÓGENOS</b>		
<i>danazol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methyltestosterone</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>testosterone cypionate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>testosterone enanthate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>testosterone pump gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 G por 30 días) MO
<i>testosterone pump gel 2 % (10 mg/pulverización)</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>testosterone gel 1 % (25 mg/2.5 g, 50 mg/5 g)</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 G por 30 días) MO
<i>testosterone solución tópica</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 ML por 30 días) MO
<b>ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS</b>		
ADMELOG	\$0 para el Nivel 1	MO
ADMELOG SOLOSTAR	\$0 para el Nivel 1	MO
BD ALCOHOL SWABS	\$0 para el Nivel 1	PA MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA II/0.3 ML/31G X 5/16"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BASAGLAR KWIKPEN	\$0 para el Nivel 1	MO
BD INSULIN JERINGA SAFETYGLIDE/1 ML/29 G X 1/2"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA/0.5 ML/30 G X 1/2"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA/1 ML/31 G X 5/16"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD PEN	\$0 para el Nivel 1	
BD PEN AGUJA/ORIGINAL/ ULTRAFINA/29 G X 1/2"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD VEO INSULIN JERINGA ULTRAFINA/0.3 ML/31 G X 15/64"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
APÓSITOS DE GASA CURITY 2"X2" 12 PLY	\$0 para el Nivel 1	PA MO
FIASP	\$0 para el Nivel 1	MO
FIASP FLEXTOUCH	\$0 para el Nivel 1	MO
FIASP PENFILL	\$0 para el Nivel 1	MO
FIASP PUMPCART	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO)	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	\$0 para el Nivel 1	MO
LANTUS	\$0 para el Nivel 1	MO
LANTUS SOLOSTAR	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN 70/30 (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN N (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO

**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLIN N FLEXPEN (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN R (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN R FLEXPEN (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLOG MIX 70/30 (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
SOLIQUA 100/33	\$0 para el Nivel 1	QL (15 ML por 25 días) MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR	\$0 para el Nivel 1	MO
TOUJEO SOLOSTAR	\$0 para el Nivel 1	MO
TRESIBA	\$0 para el Nivel 1	MO
TRESIBA FLEXTOUCH	\$0 para el Nivel 1	MO
XULTOPHY 100/3.6	\$0 para el Nivel 1	QL (15 ML por 30 días) MO
<b>ANTIDIABÉTICOS</b>		
<i>acarbose</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
FARXIGA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>glimepiride tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glimepiride tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide er tableta de liberación retardada 24 horas 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glipizide er tableta de liberación prolongada 24 horas 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide xl tableta de liberación retardada 24 horas 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glipizide xl tableta de liberación prolongada 24 horas 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glipizide/metformin hydrochloride tableta 2.5 mg; 500 mg, 5 mg; 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide/metformin hydrochloride tableta 2.5 mg; 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
GLYXAMBI	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 1000 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TABLETA DE LIBERACIÓN EXTENDIDA 24 HORAS 1000 MG; 50 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUVIA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JARDIANCE	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 2,5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
LIRAGLUTIDE	\$0 para el Nivel 1	QL (9 ML por 30 días) PA
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Glucophage XR) tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er tableta er de liberación prolongada 24 horas (genérico de Glucophage XR) 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Fortamet y Glumetza) tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metformin hydrochloride tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 c/u por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tableta 1000 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tableta 850 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>miglitol</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
MOUNJARO INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2 ML por 28 días) PA
MOUNJARO INYECCIÓN 2.5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 365 días) PA
<i>nateglinide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
OZEMPIC	\$0 para el Nivel 1	QL (3 ML por 28 días) PA MO
<i>pioglitazone hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
RYBELSUS	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
SYMLINPEN 120	\$0 para el Nivel 1	QL (10.8 ML por 30 días) PA MO
SYMLINPEN 60	\$0 para el Nivel 1	QL (6 ML por 30 días) PA MO
SYNJARDY XR TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 25 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
SYNJARDY XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 10 MG; 1000 MG, 12.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYNJARDY TABLETA 5 MG; 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
SYNJARDY TABLETA 12.5 MG; 1000 MG, 12.5 MG; 500 MG, 5MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
TRADJENTA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 10 MG; 5 MG; 1000 MG, 25 MG; 5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 12.5 MG; 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 2.5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
TRULICITY	\$0 para el Nivel 1	QL (2 ML por 28 días) PA
VICTOZA	\$0 para el Nivel 1	QL (9 ML por 30 días) PA MO
XIGDUO XR TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 10 MG; 1000 MG, 10 MG; 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
XIGDUO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 1000 MG, 5 MG; 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<b>REGULADORES DE CALCIO</b>		
<i>alendronate sodium solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>alendronate sodium tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>alendronate sodium tableta 35 mg, 70 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>calcitonin-salmon aerosol nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ibandronate sodium tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1 c/u por 30 días) MO
<i>ibandronate sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (3 ML por 90 días) MO
PAMIDRONATE DISODIUM INYECCIÓN 6 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>pamidronate disodium inyección 30 mg/10 ml, 90 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROLIA	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 180 días); ACS
<i>risedronate sodium dr tableta de liberación retardada 35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1 c/u por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 30 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO
TERIPARATIDE INYECCIÓN 620 MG/2.48 ML (MARCA POR ALVOGEN)	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
XGEVA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ZOLEDRONIC ACID INYECCIÓN 4 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>zoledronic acid inyección 4 mg/5 ml, 5 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<b>AGENTES QUELANTES</b>		
CHEMET	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>deferasirox paquete</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>deferasirox tabs. solubles 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>deferasirox tabs. solubles 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>deferasirox tableta 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>deferasirox tableta 180 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
KIONEX	\$0 para el Nivel 1	
LOKELMA PAQUETE 10 G	\$0 para el Nivel 1	QL (34 EA por 30 días) MO
LOKELMA PAQUETE 5 G	\$0 para el Nivel 1	QL (96 EA por 30 días) MO
<i>penicillamine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium polystyrene sulfonate polvo oral</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sps</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trientine hydrochloride cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>trientine hydrochloride cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>		
<i>afirmelle</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>altavera</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>alyacen 1/35</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>alyacen 7/7/7</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>amethia</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>amethyst</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>apri</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aranelle</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ashlyna</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aubra eq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela 1/20</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela 24 fe</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela fe 1/20</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aviane</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ayuna</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>azurette</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>balziva</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>blisovi 24 fe</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>blisovi fe 1/20</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>briellyn</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>camila</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CAMRESE	\$0 para el Nivel 1	
CAMRESE LO	\$0 para el Nivel 1	
<i>charlotte 24 fe</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>chateal eq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cryselle-28</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cyred eq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>dasetta 1/35</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>dasetta 7/7/7</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>daysee</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>deblitane</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>delyla</i>	\$0 para el Nivel 1	



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEPO-SUBQ PROVERA 104	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dolishale</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium tableta 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>elinest</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>eluryng</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>emzahh</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>enilloring</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>enpresse-28</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>enskyce</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>errin</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estarylla</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>falmina</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>finzala</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>hailey 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hailey 24 fe</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	

**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hailey fe 1/20</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>haloette</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>heather</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>iclevia</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>incassia</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>introvale</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>isibloom</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>jaimiess</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>jasmiel</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>jencycla</i>	\$0 para el Nivel 1	
JOLESSA	\$0 para el Nivel 1	
<i>juleber</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>junel 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>junel 1/20</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>junel fe 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>junel fe 1/20</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>junel fe 24</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>kaitlib fe</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>kalliga</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>kariva</i>	\$0 para el Nivel 1	



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kelnor 1/35</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>kelnor 1/50</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>kurvelo</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>larin 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>larin 1/20</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>larin 24 fe</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>larin fe 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>larin fe 1/20</i>	\$0 para el Nivel 1	
LEENA	\$0 para el Nivel 1	
<i>lessina</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levonest</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0 para el Nivel 1	
LILETTA	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>lo-zumandimine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>loestrin 1/20-21</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>loestrin fe 1/20</i>	\$0 para el Nivel 1	

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lojaimiess</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>loryna</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>low-ogestrel</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lutra</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lyleq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lyza</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>marlissa</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>medroxyprogesterone acetate inyección 150 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mibelas 24 fe</i>	\$0 para el Nivel 1	
MICROGESTIN 1.5/30	\$0 para el Nivel 1	
MICROGESTIN 1/20	\$0 para el Nivel 1	
<i>microgestin 24 fe</i>	\$0 para el Nivel 1	
MICROGESTIN FE 1.5/30	\$0 para el Nivel 1	
MICROGESTIN FE 1/20	\$0 para el Nivel 1	
<i>mili</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>mono-linyah</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>necon 0.5/35-28</i>	\$0 para el Nivel 1	
NEXPLANON	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>nikki</i>	\$0 para el Nivel 1	
NORA-BE	\$0 para el Nivel 1	



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol ferrous fumarate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta, tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tableta 20 µg; 1 mg, 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone tableta 0.35mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norlyda</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>norlyroc</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nortrel 1/35 tratamiento de 28 días</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nortrel 1/35 tratamiento de 21 días</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nortrel 7/7/7</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nylia 1/35</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nylia 7/7/7</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nymyo</i>	\$0 para el Nivel 1	
OCELLA	\$0 para el Nivel 1	
<i>orsythia</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>philith</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>pimtreea</i>	\$0 para el Nivel 1	

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>portia-28</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>reclipsen</i>	\$0 para el Nivel 1	
RIVELSA	\$0 para el Nivel 1	
<i>setlakin</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>sharobel</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>simliya</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>simpesse</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sprintec 28</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>sronyx</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>syeda</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tarina 24 fe</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	\$0 para el Nivel 1	
TILIA FE	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri femynor</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-estarylla</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tri-legest fe</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tri-linyah</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-lo-estarylla</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-lo-marzia</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-lo-mili</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tri-lo-sprintec</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-mili</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-nymyo</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-sprintec</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-vylibra</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-vylibra lo</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>trivora-28</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>turqoz</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tydemy</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>velivet</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>vestura</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>vienva</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>vioarele</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>volnea</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>vyfemla</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>vylibra</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>wera</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>wymzya fe</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>xulane</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>zafemy</i>	\$0 para el Nivel 1	

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zovia 1/35</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>zumandimine</i>	\$0 para el Nivel 1	
<b>ESTRÓGENOS</b>		
<i>amabelz</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dotti parche dos veces por semana 0.025 mg/24 h,</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días)
<i>0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>dotti parche dos veces por semana</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>0.1 mg/24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DUAVEE	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol valerate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol/norethindrone acetate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>1 mg/0.5 mg, 0.5 mg/0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol oral tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol tableta vaginal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol patch weekly</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>estradiol patch twice weekly</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>estradiol crema vaginal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ESTRING	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 90 días) MO
<i>fyavolv</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>jinteli</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lyllana</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días)
<i>mimvey</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>2.5 µg; 0.5 mg, 5 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREMARIN	\$0 para el Nivel 1	MO
PREMPRO	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>yuvafem</i>	\$0 para el Nivel 1	
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
<i>dexamethasone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DEXAMETHASONE INTENSOL	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate inyección 100 mg/10 ml, 10 mg/ml, 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fludrocortisone acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methylprednisolone tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>methylprednisolone acetate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>methylprednisolone paq. de dosis</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methylprednisolone sodium succinate iny. 100 mg, 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inyección 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisolone solución</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate solución oral 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate solución oral 25 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
PREDNISONA INTENSOL	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisone tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisone tableta paq. de tratamiento</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prednisone solución</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
SOLU-CORTEF	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>AGENTES HIPERGLUCEMIANTES</b>		
<i>diazoxide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ZEGALOGUE	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>VARIOS</b>		
<i>acetylcysteine inyección 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>betaine anhydrous</i>	\$0 para el Nivel 1	LD
<i>cabergoline</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carglumic acid</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
CERDELGA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días); ACS
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días); ACS
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días); ACS
CYSTAGON	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>desmopressin acetate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>desmopressin acetate solución nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>desmopressin acetate pf inyección 4 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>desmopressin acetate inyección 4 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fomepizole</i>	\$0 para el Nivel 1	



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GENOTROPIN	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
GENOTROPIN MINIQUICK INYECCIÓN 0.2 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
GENOTROPIN MINIQUICK INYECCIÓN 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
INCRELEX	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>javygtor</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
LEVOCARNITINE TABLETA	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levocarnitine inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levocarnitine solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LUPRON DEPOT-PED (1-MES) INYECCIÓN 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LUPRON DEPOT-PED (3-MESES) INYECCIÓN 11.25 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LUPRON DEPOT-PED (6 MESES) INYECCIÓN 45 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>methergine</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>methylergonovine maleate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mifepristone</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>nitisinone</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 100 µg/ml, 200 µg/ml, 50 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 1000 µg/ml, 500 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>raloxifene hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SIGNIFOR INYECCIÓN 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>sodium phenylbutyrate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
SOMATULINE DEPOT	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
SOMAVERT	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
SYNAREL	\$0 para el Nivel 1	MO
VEOZAH	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<b>PROGESTINAS</b>		
<i>medroxyprogesterone acetate tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>megestrol acetate suspensión 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>megestrol acetate suspensión 625 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone acetate tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>progesterone cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>progesterone inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>AGENTES TIROIDEOS</b>		
<i>euthyrox</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levo-t</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levothyroxine sodium tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/ML, 500 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/5 ML, 200 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>levoxyl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>liothyronine sodium tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>liothyronine sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>methimazole</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propylthiouracil</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
SYNTHROID	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>unithroid</i>	\$0 para el Nivel 1	
<b>ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D</b>		
<i>calcitriol cápsula 0.25 µg, 0.5 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>calcitriol inyección 1 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>calcitriol oral solución 1 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxercalciferol inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>paricalcitol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>GASTROINTESTINALES</b>		
<b>ANTIEMÉTICOS</b>		
<i>aprepitant cápsula paq. de tratamiento, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>aprepitant cápsula 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>compro</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
DIMENHYDRINATE	\$0 para el Nivel 1	
<i>dronabinol</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
EMEND SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>granisetron hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) B/D MO
<i>meclizine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>meclizine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide hcl tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide hcl solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ondansetron hcl tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>ondansetron hcl solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ml por 30 días) B/D MO
<i>ondansetron hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>ondansetron hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ondansetron tabs. bucodispersables que se desintegran 16°mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 4 mg, 8 mg,</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prochlorperazine edisylate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>prochlorperazine maleate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>prochlorperazine supositorio rectal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>promethazine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethegan supositorio 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethegan supositorio 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; HRM



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>scopolamine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<b>ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<i>dicyclomine hcl solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride cápsula, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>glycopyrrolate tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>glycopyrrolate solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml (jeringa precargada sin conservantes), 0.4 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml, 1 mg/5 ml, 4 mg/20 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methscopolamine bromide</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2</b>		
<i>cimetidine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>famotidine premixed</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>famotidine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>famotidine inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>famotidine suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nizatidine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL</b>		
<i>balsalazide disodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>budesonide er tableta de liberación prolongada 24 horas 9 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>budesonide cápsula partículas de liberación retardada 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone enema 100 mg/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mesalamine dr</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mesalamine supositorio</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mesalamine enema, kit</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfasalazine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>LAXANTES</b>		
CLENPIQ SOLUCIÓN 12 G/160 ML; 3.5 G/160 ML; 10 MG/160 ML	\$0 para el Nivel 1	
CLENPIQ SOLUCIÓN 12 G/175 ML; 3.5 G/175 ML, 10 MG/175 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>constulose</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>enulose</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gavilyte-c</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gavilyte-g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>generlac</i>	\$0 para el Nivel 1	
GOLYTELY	\$0 para el Nivel 1	MO
KRISTALOSE	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>lactulose solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>peg-3350/electrolitos</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PLENVU	\$0 para el Nivel 1	MO
SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/ MAGNESIUM SULFATE	\$0 para el Nivel 1	MO
SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	\$0 para el Nivel 1	MO
SUTAB	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>VARIOS</b>		
<i>alosetron hydrochloride tableta 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>alosetron hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
CREON	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cromolyn sodium concentrado 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfata tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>diphenoxylate/atropine solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
GATTEX	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LINZESS	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>loperamide hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>misoprostol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
MOVANTIK TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
MOVANTIK TABLETA 12.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
SUCRALFATE SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sucralfate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ursodiol cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ursodiol tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VOWST	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
XERMELO	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
XIFAXAN TABLETA 550 MG	\$0 para el Nivel 1	PA MO
ZENPEP	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
<i>dexlansoprazole</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole magnesium cápsula de liberación retardada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lansoprazole cápsula de liberación prolongada 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (42 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole dr</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación prolongada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación prolongada 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rabeprazole sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<b>GENITOURINARIOS</b>		
<b>HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA</b>		
<i>alfuzosin hcl er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO



**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>finasteride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>silodosin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>tadalafil tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<b>VARIOS</b>		
<i>acetic acid 0.25 % solución para irrigación</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bethanechol chloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium citrate er tableta de liberación retardada 540 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium citrate er tableta de liberación prolongada 1080 mg, 15 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS</b>		
<i>fesoterodine fumarate er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
GEMTESA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
MYRBETRIQ TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
MYRBETRIQ SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA ER	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 28 días) MO
<i>oxybutynin chloride er tableta de liberación retardada 24 horas 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>solifenacin succinate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tolterodine tartrate er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>trospium chloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>trospium chloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<b>ANTIINFECCIOSOS VAGINALES</b>		
<i>clindamycin phosphate crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole vaginal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>miconazole 3 supositorio vaginal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terconazole crema vaginal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terconazole supositorio</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>HEMATOLÓGICOS</b>		
<b>ANTICOAGULANTES</b>		
<i>dabigatran etexilate cápsula 110 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dabigatran etexilate cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS PAQ. INICIAL	\$0 para el Nivel 1	QL (74 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABLETA 2.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (74 EA por 30 días) MO
<i>enoxaparin sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fondaparinux sodium inyección 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fondaparinux sodium inyección 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FRAGMIN INYECCIÓN 10000 UNIDADES/4 ML	\$0 para el Nivel 1	
FRAGMIN INYECCIÓN 2500 UNIDADES/0.2 ML, 95000 UNIDADES/3.8 ML	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FRAGMIN INYECCIÓN 10000 UNIDADES/ML, 12500 UNIDADES/0.5 ML, 15000 UNIDADES/0.6 ML, 18000 UNIDADES/0.72 ML, 5000 UNIDADES/0.2 ML, 7500 UNIDADES/0.3 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
HEPARIN SODIUM/D5W	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM INYECCIÓN 5000 UNIDADES/0.5 ML, 5000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>heparin sodium inyección 10000 unidades/ml, 1000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/0.5 ml, 5000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>jantoven</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>warfarin sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
XARELTO PAQ. INICIAL	\$0 para el Nivel 1	QL (51 c/u por 30 días) MO
XARELTO SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	QL (620 ML por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 2.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<b>FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO</b>		
PROCRIT INYECCIÓN 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
PROCRIT INYECCIÓN 20000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ZARXIO	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>VARIOS</b>		
ALVAIZ TABLETA 54 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ALVAIZ TABLETA 18 MG, 36 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>anagrelide hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BERINERT	\$0 para el Nivel 1	QL (24 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>cilostazol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DROXIA	\$0 para el Nivel 1	MO
ENDARI	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
HAEGARDA INYECCIÓN 3000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	QL (20 EA por 30 días) PA; ACS LD
HAEGARDA INYECCIÓN 2000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>icatibant acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (27 ML por 30 días) PA; ACS
<i>l-glutamine</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>pentoxifylline er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sajazir</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (27 ML por 30 días) PA; LD
TAVNEOS	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>tranexamic acid/sodium chloride</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tranexamic acid tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tranexamic acid inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<b>INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN</b>		
<b>PLAQUETARIA</b>		
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRILINTA	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clopidogrel tableta 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>clopidogrel tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 c/u por 365 días) MO
<i>dipyridamole</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>prasugrel hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS</b>		
<b>AGENTES AUTOINMUNITARIOS</b>		
ADALIMUMAB-AACF (2 PLUMAS)	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 365 días) PA; ACS
ADALIMUMAB-AACF (2 JERINGAS)	\$0 para el Nivel 1	QL (28 c/u por 365 días) PA
COSENTYX SENSOREADY PEN	\$0 para el Nivel 1	QL (32 ML por 365 días) PA; ACS LD
COSENTYX UNOREADY	\$0 para el Nivel 1	QL (32 ML por 365 días) PA; ACS LD
COSENTYX INYECCIÓN 125 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
COSENTYX INYECCIÓN 150 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (32 ML por 365 días) PA; ACS LD
COSENTYX INYECCIÓN 75 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 365 días) PA; ACS LD
DUPIXENT INYECCIÓN 100 MG/0.67 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.34 ML por 28 días) PA; ACS
DUPIXENT INYECCIÓN 200 MG/1.14 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4.56 ML por 28 días) PA; ACS
DUPIXENT INYECCIÓN 300 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL MINI	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL SURECLICK	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS INICIAL	\$0 para el Nivel 1	QL (6 EA por 365 días) PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC PAQ. INICIAL (NO SE CUBRE LA MARCA CORDAVIS)	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA PEN-PS/UV INICIAL	\$0 para el Nivel 1	QL (6 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA PEN INYECCIÓN 80 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA PEN INYECCIÓN 40°MG/0.4°ML (NO SE CUBRE LA MARCA CORDAVIS), 40°MG/0.8°ML	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 10°MG/0.1°ML (NO SE CUBRE LA MARCA CORDAVIS)	\$0 para el Nivel 1	QL (26 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 20°MG/0.2°ML (NO SE CUBRE LA MARCA CORDAVIS)	\$0 para el Nivel 1	QL (52 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 40°MG/0.4°ML (NO SE CUBRE LA MARCA CORDAVIS), 40°MG/0.8°ML	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 365 días) PA; ACS
IDACIO (2 PLUMAS)	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 365 días) PA; ACS
IDACIO (2 JERINGAS)	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 365 días) PA; ACS
IDACIO PAQ. INICIAL PARA ENFERMEDAD DE CHRON	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
IDACIO PAQUETE INICIAL PARA LA PSORIASIS EN PLACAS	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
RINVOQ	\$0 para el Nivel 1	QL (360 ML por 30 días) PA; ACS
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 45 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (168 EA por 365 días) PA; ACS
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 15 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
SKYRIZI PEN	\$0 para el Nivel 1	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 180 MG/1.2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.2 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 360 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2.4 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 150 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 600 MG/10ML	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 365 días) PA; ACS



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SOTYKTU	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
STELARA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML JERINGA PRECARGADA	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
STELARA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML AMPOLLA	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS LD
STELARA INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
STELARA INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS LD
TREMFYA	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIONES 162°MG/0.9°ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.6 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIÓN 200°MG/10°ML, 400°MG/20°ML, 80°MG/4°ML	\$0 para el Nivel 1	QL (40 ML por 28 días) PA; ACS
VELSIPITY	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
XELJANZ XR	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
XELJANZ SOLUCIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 24 días) PA; ACS
XELJANZ TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<b>FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)</b>		
<i>hydroxychloroquine sulfate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
JYLAMVO	\$0 para el Nivel 1	
<i>leflunomide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methotrexate sodium tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
XATMEP	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>INMUNOGLOBULINAS</b>		
GAMASTAN	\$0 para el Nivel 1	B/D; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GAMMAKED	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
GAMUNEX-C	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
OCTAGAM	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
PRIVIGEN	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
ACTIMMUNE	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ARCALYST	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<b>INMUNOSUPRESORES</b>		
ASTAGRAF XL CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 0.5 MG, 1 MG	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
ASTAGRAF XL CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 5 MG	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
AZATHIOPRINE INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>azathioprine tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
BENLYSTA INYECCIÓN 200 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>cyclosporine cápsula, inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>cyclosporine modified</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>everolimus tableta 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>gengraf cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>gengraf solución</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil cápsula, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mycophenolic acid dr</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
NULOJIX	\$0 para el Nivel 1	B/D
PROGRAF PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
REZUROCK	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
SANDIMMUNE SOLUCIÓN ORAL	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>sirolimus tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>sirolimus solución</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>tacrolimus cápsula 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<b>VACUNAS</b>		
ABRYSVO	\$0 para el Nivel 1	
ACTHIB	\$0 para el Nivel 1	
ADACEL	\$0 para el Nivel 1	
AREXVY	\$0 para el Nivel 1	
BCG VACUNA	\$0 para el Nivel 1	
BEXSERO	\$0 para el Nivel 1	
BOOSTRIX	\$0 para el Nivel 1	
DAPTACEL	\$0 para el Nivel 1	
DENG VAXIA	\$0 para el Nivel 1	
DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS	\$0 para el Nivel 1	
ADSORBED PEDIÁTRICO	\$0 para el Nivel 1	
ENGERIX-B	\$0 para el Nivel 1	B/D

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GARDASIL 9	\$0 para el Nivel 1	
HAVRIX	\$0 para el Nivel 1	
HEPLISAV-B	\$0 para el Nivel 1	B/D
HIBERIX	\$0 para el Nivel 1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	\$0 para el Nivel 1	B/D
INFANRIX	\$0 para el Nivel 1	
IPOL INACTIVATED IPV	\$0 para el Nivel 1	
IXCHIQ	\$0 para el Nivel 1	
IXIARO	\$0 para el Nivel 1	
JYNNEOS	\$0 para el Nivel 1	B/D
KINRIX	\$0 para el Nivel 1	
M-M-R II	\$0 para el Nivel 1	
MENACTRA	\$0 para el Nivel 1	
MENQUADFI	\$0 para el Nivel 1	
MENVEO	\$0 para el Nivel 1	
MRESVIA	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 999 días)
PEDIARIX	\$0 para el Nivel 1	
PEDVAX HIB	\$0 para el Nivel 1	
PENBRAYA	\$0 para el Nivel 1	
PENTACEL	\$0 para el Nivel 1	



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREHEVBRIO	\$0 para el Nivel 1	B/D
PRIORIX	\$0 para el Nivel 1	
PROQUAD	\$0 para el Nivel 1	
QUADRACEL	\$0 para el Nivel 1	
RABAVERT	\$0 para el Nivel 1	B/D
RECOMBIVAX HB	\$0 para el Nivel 1	B/D
ROTARIX	\$0 para el Nivel 1	
ROTATEQ	\$0 para el Nivel 1	
SHINGRIX	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 999 días)
TDVAX	\$0 para el Nivel 1	
TENIVAC	\$0 para el Nivel 1	
TICOVAC	\$0 para el Nivel 1	
TRUMENBA	\$0 para el Nivel 1	
TWINRIX	\$0 para el Nivel 1	
TYPHIM VI	\$0 para el Nivel 1	
VAQTA	\$0 para el Nivel 1	
VARIVAX	\$0 para el Nivel 1	
YF-VAX	\$0 para el Nivel 1	
<b>COMPLEMENTOS NUTRICIONALES</b>		
<b><i>ELECTROLITOS/MINERALES, INYECTABLES</i></b>		
DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE #48	\$0 para el Nivel 1	
VIAFLEX	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/NACL 0.33 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	MO
DEXTROSE 5 %/NACL 0.225 %	\$0 para el Nivel 1	
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5 %	\$0 para el Nivel 1	
ISOLYTE-S	\$0 para el Nivel 1	B/D
ISOLYTE-S PH 7.4	\$0 para el Nivel 1	B/D
KCL 0.075 %/D5W/NACL 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.2 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>lactated ringers</i>	\$0 para el Nivel 1	



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MAGNESIUM SULFATE INYECCIÓN 20 G/500 ML, 40 G/1000 ML, 4 G/50 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>magnesium sulfate inyección 2 g/50 ml, 4 g/100 ml, 50 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>inyección de electrolitos múltiples tipo 1</i>	\$0 para el Nivel 1	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE	\$0 para el Nivel 1	
POTASSIUM CHLORIDE/ DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE	\$0 para el Nivel 1	
POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 40 MEQ/L; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>potassium chloride/sodium chloride inyección 20 meq/l; 0.45 %, 20 meq/l; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
POTASSIUM CHLORIDE INYECCIÓN 0.4 MEQ/ML, 10 MEQ/100 ML, 10 MEQ/50 ML, 20 MEQ/100 ML, 40 MEQ/100 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>potassium chloride inyección 2 meq/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
RINGERS INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
SODIUM BICARBONATE INYECCIÓN 7.5 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>sodium bicarbonate inyección 4.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>sodium bicarbonate inyección 8.4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium chloride inyección 0.45 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 2.5 MEQ/ ML, 5 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium chloride inyección 0.9 %, 3 %, 4 meq/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TPN ELECTROLITOS	\$0 para el Nivel 1	B/D
<b><i>ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL</i></b>		
<i>effer-k tableta efervescente 25 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluoride tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con 10</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>klor-con 8</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>klor-con m10</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con m15</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con m20</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con paquete de polvo 20 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>klor-con tableta efervescente</i>	\$0 para el Nivel 1	
M-NATAL PLUS	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>multi vitamin/fluoride</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>multi-vitamin/fluoride gotas</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>multivitamin/fluoride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NEONATAL PLUS	\$0 para el Nivel 1	MO
NIVA-PLUS	\$0 para el Nivel 1	MO
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium chloride er cápsula de liberación retardada</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium chloride er tableta de liberación prolongada 15 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>potassium chloride er tableta de liberación prolongada 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium chloride paquete 20 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>potassium chloride solución oral 10 %, 20 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PRENATAL	\$0 para el Nivel 1	MO
PRENATAL PLUS	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride solución 0.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride tableta masticable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tri-vite/fluoride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>vitamins a/c/d/fluoride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
WESTAB PLUS	\$0 para el Nivel 1	MO
<b><i>NUTRICIÓN INTRAVENOSA</i></b>		
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 10 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 5 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 15 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 20 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 6/5	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 8/10	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 8/14	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>clinisol sf 15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
CLINOLIPID	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>dextrose 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>dextrose 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEXTROSE 50 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
DEXTROSE 70 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
NUTRILIPID	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>plenamine</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
PREMASOL	\$0 para el Nivel 1	B/D
PROSOL	\$0 para el Nivel 1	B/D
TRAVASOL	\$0 para el Nivel 1	B/D
TROPHAMINE	\$0 para el Nivel 1	B/D
<b>OFTÁLMICO</b>		
<b><i>ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS</i></b>		
<i>neo-polycin hc</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspensión oftálmica 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TOBRADEX POMADA	\$0 para el Nivel 1	MO
TOBRADEX ST SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ZYLET	\$0 para el Nivel 1	MO
<b><i>ANTIINFECCIOSOS</i></b>		
<i>bacitracin pomada oftálmica 500 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bacitracin/polymyxin b pomada oftálmica</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BESIVANCE	\$0 para el Nivel 1	MO
CILOXAN POMADA	\$0 para el Nivel 1	QL (42 G por 30 días) MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride solución 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>erythromycin pomada 5 mg/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (42 G por 30 días) MO
<i>gatifloxacin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 1.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Vigamox) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Moxeza) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 30 días) MO
NATACYN	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neo-polycin</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ofloxacin solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>polycin</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfacetamide sodium pomada 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfacetamide sodium solución 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 ML por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tobramycin solución 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>trifluridine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
XDEMVY	\$0 para el Nivel 1	QL (10 ML por 42 días) PA; ACS LD
ZIRGAN	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ANTIINFLAMATORIOS</b>		
ALREX	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bromfenac</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BROMSITE	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diclofenac sodium solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>difluprednate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FLAREX	\$0 para el Nivel 1	MO
FLUOROMETHOLONE	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>furbiprofen sodium solución oftálmica 0.03 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ketorolac tromethamine solución 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LOTEMAX POMADA	\$0 para el Nivel 1	MO
LOTEMAX SM	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>loteprednol etabonate gel 0.5 %, suspensión 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>prednisolone acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1 %	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROLENSA	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ANTIALÉRGICOS</b>		
<i>azelastine hcl solución oftálmica 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cromolyn sodium solución 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>epinastine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ZERVIAE	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ANTI GLAUCOMA</b>		
<i>betaxolol hcl solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BETOPTIC-S	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUCIÓN 0.15 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>brimonidine tartrate solución 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>brinzolamide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carteolol hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
COMBIGAN	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate solución sin conservantes 2 %; 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>latanoprost</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levobunolol hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LUMIGAN	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PHOSPHOLINE IODIDE	\$0 para el Nivel 1	
<i>pilocarpine hcl solución oftálmica</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
RHOPRESSA	\$0 para el Nivel 1	MO
ROCKLATAN	\$0 para el Nivel 1	MO
SIMBRINZA	\$0 para el Nivel 1	MO
TIMOLOL MALEATE SOLN. FORMADORA DE GEL OFTÁLMICA	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>timolol maleate (genérico de Timoptic) soln. 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>timolol maleate once-daily ophthalmic (generic Istalol) soln 0.5%</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>travoprost</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VYZULTA	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>VARIOS</b>		
ATROPINE SULFATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
CYSTARAN	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
EYSUVIS	\$0 para el Nivel 1	MO
MIEBO	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>propracaine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
RESTASIS	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
RESTASIS MULTIDOSE	\$0 para el Nivel 1	QL (5.5 ML por 30 días) MO
XIIDRA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ÓTICOS</b>		
<b>AGENTES ÓTICOS</b>		
<i>acetic acid</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CIPRO HC	\$0 para el Nivel 1	MO
CIPROFLOXACIN	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>flac</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluocinolone acetonide aceite 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspensión ótica 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ofloxacin solución ótica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>RESPIRATORIOS</b>		
<b>COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS/ BETA AGONISTAS</b>		
ANORO ELLIPTA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
BEVESPI AEROSPHERE	\$0 para el Nivel 1	QL (10.7 G por 30 días) MO
BREZTRI AEROSPHERE	\$0 para el Nivel 1	QL (10.7 G por 30 días) MO
COMBIVENT RESPIMAT	\$0 para el Nivel 1	QL (8 G por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
TRELEGY ELLIPTA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANTICOLINÉRGICOS</b>		
ATROVENT HFA	\$0 para el Nivel 1	QL (25.8 G por 30 días) MO
INCRUSE ELLIPTA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide solución para inhalación 0.02 %</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>ipratropium bromide solución nasal 0.03 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 28 días) MO
<i>ipratropium bromide solución nasal 0.06 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 ML por 30 días) MO
<b>ANTIISTAMÍNICOS</b>		
<i>azelastine hcl solución nasal 0.15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 25 días) MO
<i>azelastine hydrochloride aerosol nasal 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 25 días) MO
<i>carbinoxamine maleate solución oral, tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>cetirizine hydrochloride solución oral 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ml por 30 días) MO
<i>clemastine fumarate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>cyproheptadine hcl jarabe</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>cyproheptadine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>desloratadine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>desloratadine tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>diphenhydramine hcl inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>hydroxyzine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine pamoate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>levocetirizine dihydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levocetirizine dihydrochloride solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>olopatadine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30.5 G por 30 días) MO
<b>BETA AGONISTAS</b>		
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de Proventil HFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (13.4 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de ProAir HFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (17 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de VentolinHFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (36 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate solución de nebulización</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>albuterol sulfate jarabe, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levalbuterol hcl solución de nebulización 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>levalbuterol hcl solución de nebulización 0.31 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>levalbuterol hydrochloride solución de nebulización 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>levalbuterol solución de nebulización 1.25 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
SEREVENT DISKUS	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>terbutaline sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VENTOLIN HFA	\$0 para el Nivel 1	QL (36 G por 30 días) MO
<b>MODULADORES DE LEUCOTRIENOS</b>		
<i>montelukast sodium tableta masticable, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium paquete</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zafirlukast</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>VARIOS</b>		
<i>acetylcysteine solución para inhalación 10 %, 20 %</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>aminophylline</i>	\$0 para el Nivel 1	
BRONCHITOL	\$0 para el Nivel 1	QL (560 EA por 28 días) PA
<i>cromolyn sodium solución de nebulización 20 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>epinephrine inyección 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 30 días) MO
FASENRA PEN	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD
FASENRA INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS LD
FASENRA INYECCIÓN 30 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD
KALYDECO PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
KALYDECO TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
OFEV	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ORKAMBI TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
ORKAMBI PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
<i>pirfenidone cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tableta 267 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tableta 534 mg, 801 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
PROLASTIN-C	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
PULMOZYME	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>roflumilast</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>theophylline solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 12 horas 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TRIKAFTA GRÁNULOS PAQ. DE TRATAMIENTO	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
TRIKAFTA TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
XOLAIR	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<b>ESTEROIDES NASALES</b>		
<i>flunisolide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate suspensión 50 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (16 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate suspensión 50 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (34 G por 30 días) MO
XHANCE	\$0 para el Nivel 1	QL (32 ML por 30 días) PA MO
<b>INHALANTES ESTEROIDEOS</b>		
ALVESCO	\$0 para el Nivel 1	QL (12.2 g por 30 días) MO
ARNUITY ELLIPTA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>budesonide suspensión 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<b>COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ ESTEROIDES</b>		
BREO ELLIPTA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10.2 G por 30 días) MO
DULERA	\$0 para el Nivel 1	QL (13 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol polvo activado para el aliento 500 µg/act; 50 µg/act</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol hfa</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 G por 30 días) MO
<i>wixela inhub</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO

**TÓPICO*****DERMATOLOGÍA, ACNÉ***

<i>accutane</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>amnesteem</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>claravis</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>clindacin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días)
<i>clindamycin phosphate espuma 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate gel tubo 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate gel frasco 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate loción 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate solución externa 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>dapsone gel 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ery apósito 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin gel 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>erythromycin solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>isotretinoin</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>sulfacetamide sodium loción 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tretinoin crema 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>tretinoin gel 0.01%, 0.025%, 0.05%</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>zenatane</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<b>DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS</b>		
<i>gentamicin sulfate crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate pomada 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mafenide acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mupirocin pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mupirocin crema</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>silver sulfadiazine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
SSD	\$0 para el Nivel 1	
SULFAMYLON CREMA 85 MG/G	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>DERMATOLOGÍA, ANTIMICÓTICOS</b>		
<i>ciclopirox olamine crema 0.77 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox gel</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox champú</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>econazole nitrate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (85 G por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERTACZO	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole foam 2%</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole champú 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ketodan</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días)
<i>klayesta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días)
<i>naftifine hcl crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 G por 30 días) MO
<i>nyamyc</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días)
<i>nystatin crema 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin pomada 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>nystop</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días)
<i>selenium sulfide loción</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS</b>		
<i>acitretin</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>calcipotriene solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene crema, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcitrene</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) PA MO
CALCITRIOL POMADA 3 MG/G	\$0 para el Nivel 1	QL (800 G por 28 días) PA MO
<i>methoxsalen</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tazarotene gel</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 g por 30 días) PA MO
<i>tazarotene crema</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA MO
TAZORAC CREMA 0.05 %	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA MO
<b>DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES</b>		
<i>ala-cort</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>alclometasone dipropionate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented crema</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>betamethasone dipropionate augmented gel, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>betamethasone dipropionate augmented loción</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate loción</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>betamethasone dipropionate crema, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>betamethasone valerate crema, loción, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clobetasol propionate e</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate champú</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118 ml por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate crema, gel, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clodan champú 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118 ML por 30 días)
<i>desonide crema, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone crema 0.25 %, pomada 0.25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide corporal</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118.28 ML por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinolone acetonide cuero cabelludo</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crema 0.025 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crema 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide pomada 0.025 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide solución 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluocinonide base emulsionada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide crema</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide gel, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluticasone propionate pomada 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>halobetasol propionate crema</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone valerate pomada 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone loción 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone pomada 1 %, 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mometasone furoate pomada 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mometasone furoate solución 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>proctosol hc</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide crema 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (454 G por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide loción 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
<i>lidocaine/prilocaine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>lidocaine pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (35.44 G por 30 días) PA MO
<i>lidocaine parche</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>lidocan</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>tridacaine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>tridacaine ii</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA
<b>DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA</b>		
<i>ammonium lactate crema, loción</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>azelaic acid</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 G por 30 días) MO
<i>bexarotene gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA; ACS
<i>diclofenac sodium solución externa 1.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 28 días) MO
DOXEPIN HYDROCHLORIDE CREMA 5 %	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) PA MO
DOXYCYCLINE CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLUOROURACIL CREMA 0.5 %	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) PA MO
<i>fluorouracil crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (40 G por 30 días) MO
<i>fluorouracil solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone perianal crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
IMIQUIMOD BOMBA	\$0 para el Nivel 1	QL (15 G por 28 días) MO
<i>imiquimod crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (24 c/u por 30 días) MO
<i>imiquimod crema 3.75 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) MO
<i>metronidazole crema 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole gel 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole loción 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitroglycerin pomada 0.4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
NORITATE	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
PANRETIN	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA
<i>pimecrolimus</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>podofilox solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>procto-med hc</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>proctocort</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>proctozone-hc</i>	\$0 para el Nivel 1	
RECTIV	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tacrolimus pomada 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
VALCHLOR	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA; LD
ZYCLARA BOMBA CREMA 2.5 %	\$0 para el Nivel 1	QL (7.5 G por 28 días) MO
<b>DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS</b>		
<i>malathion</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>permethrin crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS</b>		
REGRANEX	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) PA MO
SANTYL	\$0 para el Nivel 1	QL (180 G por 30 días) MO
<i>sodium chloride 0.9 % soln. para irrigación</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>agua estéril para irrigación</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>AGENTES DENTALES/FARÍNGEOS/BUCALES</b>		
<i>cevimeline hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chlorhexidine gluconate enjuague bucal 0.12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clinpro 5000</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clotrimazole past. para chup. 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>denta 5000 plus sensitive</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dentagel</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluoridex daily defense</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluoridex sensitivity relief/sls free</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluorimax 5000</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluorimax 5000 sensitive</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>just right 5000</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>kourzeq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lidocaine hydrochloride viscous solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lidocaine viscous solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nystatin suspensión 100000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>oralone pasta dental</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>periogard</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>pilocarpine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sf gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm pasta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide pasta dental</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>NO CUBIERTO POR LA PARTE D DE MEDICARE</b>		
<b>De venta libre</b>		
<i>a&amp;d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>a+d prevent</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acetaminophen</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acetaminophen er 8 horas arthritis pain relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acetaminophen extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



**Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetaminophen junior strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acidophilus lactobacilli</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acidophilus/l-sporogenes extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acidophilus/pectin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acne medication 10 gel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ACNE MEDICATION 10 LOCIÓN	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acne medication 2.5</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acne medication 5 gel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ACNE MEDICATION 5 LOCIÓN	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ACTIVNUTRIENTS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ALAHIST D	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ALBUSTIX	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>allergy childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aluminum/magnesium/simethicone</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ammonium lactate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>animal chews</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ANIMAL SHAPES/IRON	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>antacid extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>antacid plus anti-gas relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>anti-dandruff shampoo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>antifungal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>antifungal polvo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>anti-itch</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>anti-itch maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aquanil hc</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>arthritis pain relieving</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>artificial tears</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ascorbic acid</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aspirin 81</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aspirin 81 dosis baja</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aspirin regular strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ASPIRIN SUPOSITORIO	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aspirin tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bacitracin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>banophen</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>b-complex/c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
BD GLUCOSE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>benzoyl peroxide creamy wash</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>benzoyl peroxide wash</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
BENZYL ALCOHOL	\$0 para el Nivel 1	OTC:



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BENZYL BENZOATE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bisacodyl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bisacodyl ec</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bismuth subsalicylate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
BLOOD ORANGE OS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
BUFFERIN	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>butenafine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>c-500</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CALAMINE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcidol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 500 + d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 500/vitamin d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 500+d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 600</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 600 + minerals</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 600+d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium carbonate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium citrate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium polycarbophil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium tableta 1500 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CALCIUM TABLETA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium/vitamin d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium+d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>capasil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>capsaicin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>carboxymethylcellulose sodium gel oftálmico</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CASTOR OIL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>castor oil stimulant laxative</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cerovite jr</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetirizine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetirizine hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetirizine hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetirizine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CHEMSTRIP 2 LN TIRAS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CHEMSTRIP 9 TIRAS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CHEMSTRIP UGK	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CHERRY JARABE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>childrens animal shapes complete</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>children's chewable acetaminophen</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CHLOPHEDIANOL/ DEXCHLOPHENIRAMINE./ PSEUDOEPHEDRINE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>chlorpheniramine maleate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cimetidine 200</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>clotrimazole antifungal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>clotrimazole crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>clotrimazole crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>clotrimazole solución</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>co-enzyme q 10</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>coenzyme q-10</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>co-enzyme q-10</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>coenzyme q-10/high potency</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cold &amp; cough childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>corn and callus remover</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
COTTONSEED OIL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cromolyn sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs lubricating gotas oftálmicas/dry eye</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs natural tears pf</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs olopatadine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs sleep-aid nighttime</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cyanocobalamin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>d 1000</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>d3-50</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>daily vitamin formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>daily-vite</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dextromethorphan polistirex er</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dextromethorphan/guaiifenesin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dextromethorphan/guaiifenesin/phenylephrine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
DHS TAR	\$0 para el Nivel 1	OTC:
DIASTIX	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diphenhydramine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diphenhydramine hcl/zinc acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>docusate calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>docusate sodium cápsula, líquido, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
DOCUSATE SODIUM JARABE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dry eye relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dry eye relief gotas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
D-VI-SOL	\$0 para el Nivel 1	OTC:



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gotas óticas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>easy-lax plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CÁPSULA VACÍA TAMAÑO 000 WHITE/ OPAQUE LOCKING	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ENCARE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>enema disposable</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ENVIVE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eq laxative</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eq acetaminophence.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>esomeprazole magnesium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ETHYL OLEATE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eye allergy itch/redness relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eye allergy relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gotas oftálmicas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>famotidine tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>famotidine tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
FC2 FEMALE CONDOM	\$0 para el Nivel 1	OTC:
FERRETT'S CHEWABLE IRON	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ferrocite</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ferrous fumarate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ferrous fumarate 324</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ferrous gluconate tableta 240 mg, 324 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
FERROUS GLUCONATE TABLETA 324 MG	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ferrous sulfate solución, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
FERROUS SULFATE TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 324 MG	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ferrous sulfate tableta de liberación retardada 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fexofenadine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
FISH OIL TRIPLE STRENGTH	\$0 para el Nivel 1	OTC:
FLAVORX	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>floranex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
FLORANEX ONE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fluticasone propionate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>folic acid</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>folplex 2.2</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
FORA GTEL BLOOD KETONE TIRAS REACTIVAS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
GENTEAL SEVERE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
GENTEAL SEVERE TEARS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
GENTEAL TEARS MODERATE PF	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gentle laxative</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GLUCOSE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glucose 15</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glucose 45</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glucose 5</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glycerin adult</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
GLYCERIN NO APLICA LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glycerin external líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp anorectal instant relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp antibiotic + pain relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp anti-itch</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp childrens chewables/extra c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp childrens chewables/iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp essential one daily</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp gotas oftálmicas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp gotas oftálmicas dry eye relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp headache relief extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp little ones childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp miconazole 1 paquete combinado</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp migraine relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp olopatadine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp vitamin a &amp; d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
GOOD START SUPREME AGUA ESTÉRIL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>goodsense miconazole 1</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>goodsense migraine formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin er</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin/codeine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin/dextromethorphan</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
GYNOL II	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>headache formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>headache relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>headache relief/extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hemorrhoidal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hemorrhoidal relief crema</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hm dry eye relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hm eye allergy itch/redness relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hm eye drops</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hm migraine relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone crema 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
HYDROCORTISONE CREMA 1 %	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrocortisone loción</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrocortisone pomada 0.5 %, 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrocortisone pomada 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrocortisone/aloe</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrolatum</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ibuprofen cápsula, tableta masticable, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ibuprofen infants</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ibuprofen junior strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ibuprofen suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
INSTA-GLUCOSE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
IRON	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>iron 100 plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
IRON CHEWS PEDIATRIC	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>itch relief extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>jock itch polvo en aerosol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
KERI NOURISHING SHEA BUTTER	\$0 para el Nivel 1	OTC:
KETOSTIX	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ketotifen fumarate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kp omega-3 fish oil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
LACTOSE MONOHYDRATE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
LAMISIL AT	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lansoprazole</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>laxative</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>levonorgestrel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lice killing maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lice treatment</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lice treatment crema de enjuague</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lidocaine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lidocaine 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lidocaine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lidocaine pain relief parche</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loperamide hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loperamide hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loratadine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loratadine allergy relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loratadine childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loratadine-d 12 h</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loratadine-d 24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lubricant gotas oftálmicas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>magnesium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>magnesium citrate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>magnesium oxide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
M-CLEAR WC	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>meclizine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>meclizine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>medi-first aspirin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>medi-first ibuprofen</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>medi-paste</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>medique aspirin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>melatonin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>melatonin maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mencylate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>miconazole 1</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>miconazole 3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>miconazole 3 paquete combinado</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>miconazole 3 combo paquete</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>miconazole nitrate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>migraine relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>milk of magnesia</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucus d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucus relief dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucus relief dm maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucus relief maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucus relief severe congestion &amp; cough</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi vitamin/minerals full spectrum</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER	\$0 para el Nivel 1	OTC:
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE GOTAS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multivitamins</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multivitamins plus zinc</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi-vitamins/iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>muscle rub</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>naproxen sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aerosol nasal 12 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>natural fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>natural vitamin d-3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>niacin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>niacin liberación gradual</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>niacin tr cápsula de liberación retardada 250°mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
NIACIN TR CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 500°MG	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>niacin tr tableta de liberación retardada</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nicotine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nicotine polacrilex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM KIT	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nicotine transdermal system parche 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
OLIVE OIL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>olopatadine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>omega-3 fish oil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>omega-3 fish oil maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>omeprazole</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>omeprazole magnesium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
OPILL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
OPTIONS GYNOL II VAGINAL CONTRACEPTIVE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SUSPENSIÓN ORAL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
JARABE ORAL FLAVORED VEHICLE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>os-cal calcium + d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)





Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oyster shell calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pain reliever plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pain relieving crema</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>panoxyl creamy wash</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>panoxyl foaming wash</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PATADAY EXTRA STRENGTH	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PCCA-PLUS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PETROLATUM	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>phenazopyridine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>phenazopyridine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>phenylephrine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>phospho-trin k500</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>phytonadione</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>polyethylene glycol 3350</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
POLYSPORIN	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>polyvinyl alcohol 1.4 % lubricating gotas oftálmicas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
POLY-VI-SOL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pramoxine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PREMIUM CONDOMS LUBRICATED	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>prenatal-u</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROBITROL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PROMEROL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pronutrients vitamin d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pseudoephedrine hcl er</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pseudoephedrine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pyridoxine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>qc calcium/minerals/vitamin d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>qc childrens chewable complete</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>qc childrens chewable vitamins/extra c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>qc childrens chewable vitamins/iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>qc essentials</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>qc headache relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
RASPBERRY JARABE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>rectasmoothe</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REFRESH DIGITAL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REFRESH LIQUIGEL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REFRESH OPTIVE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REFRESH OPTIVE ADVANCED	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REFRESH PLUS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REFRESH RELIEVA PF	\$0 para el Nivel 1	OTC:

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REFRESH TEARS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
RISAQUAD	\$0 para el Nivel 1	OTC:
RISAQUAD-2	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>saline gel nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>saline aerosol nasal infants/childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sea-omega</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>senna smooth</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SENNA JARABE 176 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>senna jarabe 8.8 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>senna tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SESAME OIL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>simethicone</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SIMPLE JARABE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm acidophilus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm animal shapes complete</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm animal shapes kids first</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm antibiotic plus pain relief maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm anti-itch extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm chewable c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm cold &amp; hot therapy pa in relief extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm dry eye relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm gotas oftálmicas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm melatonin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm migraine relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm multiple vitamins essential</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm muscle rub</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SM LIBERACIÓN LENTA IRON	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm vit c/rose hips</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm vitamin c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm vitamin c/rose hips</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sodium bicarbonate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>soothe</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>soothe maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SORBITOL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SORBOLENE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
STEVIA	\$0 para el Nivel 1	OTC:
STEVIA EXTRACTO EN POLVO 0	\$0 para el Nivel 1	OTC:
STEVIA EXTRACTO EN POLVO 90%	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>stool softener</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>stress formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sudogest</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SYRSPEND SF	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SYRUP VEHICLE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SYSTANE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SYSTANE COMPLETE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SYSTANE GEL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tab-a-vite</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tab-a-vite w/beta carotene</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tgt psyllium fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
THERA	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>thera-gesic</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>thera-gesic plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
THERANATAL CORE NUTRITION	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>therapeutic shampoo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
TINACTIN	\$0 para el Nivel 1	OTC:
TODAY SPONGE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tolnaftate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>triamcinolone acetonide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>trinate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>triple antibiotic</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triprolidina hci</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>triprolidina hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
TRI-VITE/FLUORIDE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
TRUSTEX/RIA NON-LUBRICATED	\$0 para el Nivel 1	OTC:
TUMS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
TUMS EXTRA STRENGTH 750	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ultra-mega</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>urea</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>urea 20 intensive crema hidratante</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ureacin-20</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
VANACOF	\$0 para el Nivel 1	OTC:
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE PELÍCULA	\$0 para el Nivel 1	OTC:
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE ESPUMA	\$0 para el Nivel 1	OTC:
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vinate ii</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin a &amp; d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin b-1</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin b-12</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin b-6</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d 400</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d-3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d3 cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
VITAMIN D3 TABLETAS QUE SE DESINTEGRAN	\$0 para el Nivel 1	OTC:
VITAMINS A/C/D/FLUORIDE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
WOMENS 50 BILLION	\$0 para el Nivel 1	OTC:
XANTHAN GUM	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>zinc oxide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

## D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección, puede buscar un medicamento por su nombre alfabéticamente. Verá el número de página en la que puede encontrar más información de cobertura de su medicamento.

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<b>A</b>			
<i>a+d prevent</i> .....	144	<i>afirmelle</i> .....	91
<i>abacavir</i> .....	26, 28	<i>agua estéril para irrigación</i> .....	143
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i> .....	28	AIMOVIG .....	80
ABELCET .....	24	AKEEGA .....	38
<i>abiraterone acetate</i> .....	38	<i>ala-cort</i> .....	139
ABRYSVO .....	119	<i>alahist d</i> .....	145
<i>acamprosate calcium</i> .....	83	<i>albendazole</i> .....	21
<i>acarbose</i> .....	86	<i>alburstix</i> .....	145
<i>accutane</i> .....	136	<i>albuterol sulfate</i> .....	133
<i>acebutolol hydrochloride</i> .....	54	<i>albuterol sulfate hfa</i> .....	133
<i>acetaminophen</i> .....	19, 21, 144, 145, 148	<i>alclometasone dipropionate</i> .....	139
<i>acetaminophen/codeine</i> .....	19	ALECENSA .....	40
<i>acetaminophen er 8 horas arthritis pain relief</i> .....	144	<i>alendronate sodium</i> .....	89
<i>acetaminophen extra strength</i> .....	144	<i>alfuzosin hcl</i> .....	110
<i>acetaminophen junior strength</i> .....	145	<i>aliskiren</i> .....	58
<i>acetazolamide</i> .....	57	<i>allergy childrens</i> .....	145
<i>acetazolamide er</i> .....	57	<i>allopurinol</i> .....	16
<i>acetic acid</i> .....	111, 131	<i>alosetron hydrochloride</i> .....	109
<i>acetylcysteine</i> .....	102, 134	<i>alprazolam</i> .....	60
<i>acidophilus lactobacilli</i> .....	145	ALPRAZOLAM INTENSOL .....	60
<i>acidophilus/l-sporogenes extra strength</i> .....	145	ALREX .....	128
<i>acidophilus/pectin</i> .....	145	<i>altavera</i> .....	91
<i>acitretin</i> .....	138	<i>aluminum/magnesium/simethicone</i> .....	145
<i>acne medication 2.5</i> .....	145	ALUNBRIG .....	40
<i>acne medication 5 gel</i> .....	145	ALVAIZ .....	114
<i>acne medication 5 loción</i> .....	145	ALVESCO .....	135
<i>acne medication 10 gel</i> .....	145	<i>alyacen 1/35</i> .....	91
<i>acne medication 10 loción</i> .....	145	<i>alyacen 7/7/7</i> .....	91
ACTHIB .....	119	<i>amabelz</i> .....	100
ACTIMMUNE .....	118	<i>amantadine hcl</i> .....	65
<i>activnutrients</i> .....	145	<i>ambrisentan</i> .....	60
<i>acyclovir</i> .....	30	<i>amethia</i> .....	91
<i>acyclovir sodium</i> .....	30	<i>amethyst</i> .....	91
<i>a&amp;d</i> .....	144	<i>amikacin sulfate</i> .....	21
ADACEL .....	119	<i>amiloride hcl</i> .....	57
ADALIMUMAB .....	115	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i> .....	57
ADALIMUMAB-AACF .....	115	<i>aminophylline</i> .....	134
<i>adefovir dipivoxil</i> .....	30	<i>amiodarone hcl</i> .....	51
ADMELOG .....	84	<i>amiodarone hydrochloride</i> .....	51
ADMELOG SOLOSTAR .....	84	<i>amitriptyline hcl</i> .....	62
<i>aerosol nasal 12 horas</i> .....	158	<i>amitriptyline hydrochloride</i> .....	62
		<i>amlodipine besylate</i> .....	48, 50, 55, 58



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i> .....	58	<i>ascorbic acid</i> .....	146
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i> .....	48	<i>asenapine maleate sl</i> .....	67
<i>amlodipine besylate/valsartan</i> .....	50	<i>ashlyna</i> .....	91
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i> .....	50	ASPARLAS .....	40
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i> .....	50	<i>aspirin 81</i> .....	146
<i>ammonium lactate</i> .....	141, 145	<i>aspirin 81 dosis baja</i> .....	146
<i>amnesteem</i> .....	136	<i>aspirin/dipyridamole er</i> .....	114
<i>amoxapine</i> .....	62	<i>aspirin regular strength</i> .....	146
<i>amoxicillin</i> .....	35	<i>aspirin supositorio</i> .....	146
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i> .....	35	<i>aspirin tableta</i> .....	146
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i> .....	35	ASTAGRAF XL .....	118
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i> .....	77	<i>atazanavir</i> .....	26
<i>amphetamine/dextroamphetamine er</i> .....	77	<i>atazanavir sulfate</i> .....	26
<i>amphotericin b</i> .....	24, 25	<i>atenolol</i> .....	54
<i>amphotericin b liposome</i> .....	25	<i>atenolol/chlorthalidone</i> .....	54
<i>ampicillin</i> .....	35, 36	<i>atomoxetine</i> .....	78
<i>ampicillin sodium</i> .....	35	<i>atorvastatin calcium</i> .....	53, 58
<i>ampicillin-sulbactam</i> .....	36	<i>atovaquone</i> .....	21, 26
<i>anagrelide hydrochloride</i> .....	114	<i>atovaquone/proguanil hcl</i> .....	26
<i>anastrozole</i> .....	38	ATROPINE SULFATE .....	130
<i>animal chews</i> .....	145	ATROVENT HFA .....	132
<i>animal shapes/iron</i> .....	145	<i>aubra eq</i> .....	91
ANORO ELLIPTA .....	131	AUGTYRO .....	40
<i>antacid extra strength</i> .....	145	<i>aurovela 1.5/30</i> .....	91
<i>antacid plus anti-gas relief</i> .....	145	<i>aurovela 1/20</i> .....	91
<i>anti-dandruff shampoo</i> .....	145	<i>aurovela 24 fe</i> .....	91
<i>antifungal</i> .....	146	<i>aurovela fe 1.5/30</i> .....	91
<i>antifungal polvo</i> .....	146	<i>aurovela fe 1/20</i> .....	91
<i>anti-itch</i> .....	146	AUSTEDO .....	81
<i>anti-itch maximum strength</i> .....	146	AUSTEDO XR .....	81
<i>aprepitant</i> .....	105	AUVELITY .....	62
<i>apri</i> .....	91	<i>aviane</i> .....	92
APTIOM .....	71	<i>ayuna</i> .....	92
APTIVUS .....	26	AYVAKIT .....	40
<i>aquanil hc</i> .....	146	<i>azathioprine</i> .....	118
<i>aranelle</i> .....	91	AZATHIOPRINE .....	118
ARCALYST .....	118	<i>azelaic acid</i> .....	141
AREXVY .....	119	<i>azelastine hcl</i> .....	129, 132
ARIKAYCE .....	21	<i>azelastine hydrochloride</i> .....	132
<i>aripiprazole</i> .....	67	<i>azithromycin</i> .....	34
<i>aripiprazole tabs. bucodispersables</i> .....	67	AZITHROMYCIN .....	33
ARISTADA .....	67	<i>aztreonam</i> .....	21
ARISTADA INITIO .....	67	<i>azurette</i> .....	92
<i>armodafinil</i> .....	83	<b>B</b>	
ARNUITY ELLIPTA .....	135	<i>bacitracin</i> .....	126, 127, 146
<i>arthritis pain relieving</i> .....	146	<i>bacitracin/polymyxin b</i> .....	127
<i>artificial tears</i> .....	146		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>baclofen</i> .....	82	<i>blisovi fe 1/20</i> .....	92
BAFIERTAM.....	82	<i>blood orange os</i> .....	147
<i>balsalazide disodium</i> .....	107	BOOSTRIX.....	119
BALVERSA.....	40, 41	<i>bosentan</i> .....	60
<i>balziva</i> .....	92	BOSULIF.....	41
<i>banophen</i> .....	146	BRACLUDE.....	30
BASAGLAR KWIKPEN.....	85	BRAFTOVI.....	41
BCG VACUNA.....	119	BREO ELLIPTA.....	135
<i>b-complex/c</i> .....	146	BREZTRI AEROSPHERE.....	131
BD ALCOHOL SWABS.....	84	<i>briellyn</i> .....	92
<i>bd glucose</i> .....	146	BRILINTA.....	115
BD INSULIN JERINGA.....	85	<i>brimonidine tartrate</i> .....	129
BD PEN.....	85	BRIMONIDINE TARTRATE.....	129
BD PEN AGUJA/ORIGINAL/ ULTRAFINA/29 G X 1/2.....	85	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i> .....	129
<i>benazepril hcl</i> .....	49	<i>brinzolamide</i> .....	129
<i>benazepril hydrochloride</i> .....	48, 49	BRIVIACT.....	71
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i> .....	48	<i>bromfenac</i> .....	128
BENLYSTA.....	118	<i>bromocriptine mesylate</i> .....	65
<i>benzoyl peroxide creamy wash</i> .....	146	BROMSITE.....	128
<i>benzoyl peroxide wash</i> .....	146	BRONCHITOL.....	134
<i>benztropine mesylate</i> .....	65	BRUKINSA.....	41
<i>benzyl alcohol</i> .....	146	<i>budesonide</i> .....	135
<i>benzyl benzoate</i> .....	147	<i>budesonide dr</i> .....	108
BERINERT.....	114	<i>budesonide er</i> .....	107
BESIVANCE.....	127	<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i> .....	135
BESREMI.....	40	<i>bufferin</i> .....	147
<i>betaine anhydrous</i> .....	102	<i>bumetanide</i> .....	57
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> .....	139	<i>buprenorphine</i> .....	18
<i>betamethasone valerate</i> .....	139	<i>buprenorphine hcl</i> .....	83
BETASERON.....	82	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> .....	83
<i>betaxolol hcl</i> .....	54, 129	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i> .....	83
<i>bethanechol chloride</i> .....	111	<i>bupropion hcl</i> .....	62
BETOPTIC-S.....	129	<i>bupropion hydrochloride</i> .....	62, 83
BEVESPI AEROSPHERE.....	131	<i>bupropion hydrochloride er</i> .....	62, 83
<i>bexarotene</i> .....	40, 141	<i>buspirone hcl</i> .....	60
BEXSERO.....	119	<i>buspirone hydrochloride</i> .....	60
<i>bicalutamide</i> .....	38	<i>butenafine hydrochloride</i> .....	147
BICILLIN L-A.....	36	<i>butorphanol tartrate</i> .....	19
BIKTARVY.....	28	<b>C</b>	
<i>bisacodyl</i> .....	147	<i>c-500</i> .....	147
<i>bisacodyl ec</i> .....	147	<i>cabergoline</i> .....	102
<i>bismuth subsalicylate</i> .....	147	CABOMETYX.....	41
<i>bisoprolol fumarate</i> .....	54	<i>calamine</i> .....	147
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i> .....	54	<i>calcidol</i> .....	147
<i>blisovi 24 fe</i> .....	92	<i>calcipotriene</i> .....	138
<i>blisovi fe 1.5/30</i> .....	92	<i>calcitonin-salmon</i> .....	89

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>calcitrene</i> .....	138	<i>cefaclor</i> .....	32
<i>calcitriol</i> .....	105	CEFACTOR ER.....	32
CALCITRIOL.....	138	<i>cefadroxil</i> .....	32
<i>calcium+d3</i> .....	148	<i>cefazolin</i> .....	32
<i>calcium 500 + d</i> .....	147	CEFAZOLIN.....	32
<i>calcium 500+d</i> .....	147	<i>cefazolin sodium</i> .....	32
<i>calcium 500/vitamin d3</i> .....	147	CEFAZOLIN SODIUM.....	32
<i>calcium 600</i> .....	147	<i>cefdinir</i> .....	32
<i>calcium 600+d</i> .....	147	<i>cefepime</i> .....	32
<i>calcium 600 + minerals</i> .....	147	<i>cefixime</i> .....	32
<i>calcium carbonate</i> .....	147	<i>cefotetan</i> .....	32
<i>calcium citrate</i> .....	147	<i>cefoxitin sodium</i> .....	33
<i>calcium polycarbophil</i> .....	147	<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	33
<i>calcium tableta 500 mg</i> .....	148	<i>cefprozil</i> .....	33
<i>calcium tableta 1500 mg, 600 mg</i> .....	147	<i>ceftazidime</i> .....	33
<i>calcium/vitamin d</i> .....	148	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i> .....	33
CALQUENCE .....	41	<i>ceftriaxone sodium</i> .....	33
<i>camila</i> .....	92	CEFTRIAZONE SODIUM.....	33
CAMRESE.....	92	<i>cefuroxime axetil</i> .....	33
CAMRESE LO .....	92	<i>cefuroxime sodium</i> .....	33
<i>candesartan cilexetil</i> .....	51	<i>celecoxib</i> .....	16
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i> .....	50	<i>cephalexin</i> .....	33
<i>capasil</i> .....	148	CERDELGA .....	102
CAPLYTA.....	67	<i>cerovite jr</i> .....	148
CAPRELSA.....	41	<i>cetirizine hcl</i> .....	148
<i>capsaicin</i> .....	148	<i>cetirizine hydrochloride</i> .....	132, 148
<i>cápsula vacía tamaño 000 white/opaque locking</i> .....	151	<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine</i> <i>hydrochloride</i> .....	148
<i>captopril</i> .....	48, 49	<i>cevimeline hydrochloride</i> .....	143
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i> .....	48	<i>charlotte 24 fe</i> .....	92
<i>carbamazepine</i> .....	72	<i>chateal eq</i> .....	92
<i>carbamazepine er</i> .....	71, 72	CHEMET .....	90
<i>carbidopa</i> .....	66	<i>chemstrip 2 ln tiras</i> .....	148
<i>carbidopa/levodopa</i> .....	66	<i>chemstrip 9 tiras</i> .....	148
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE.....	66	<i>chemstrip ugk</i> .....	148
<i>carbidopa/levodopa er</i> .....	66	<i>cherry jarabe</i> .....	148
<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables</i> .....	66	<i>childrens animal shapes complete</i> .....	148
<i>carbinoxamine maleate</i> .....	132	<i>chlophedianol/dexchlorpheniramine./</i> <i>pseudoephedrine</i> .....	149
<i>carboxymethylcellulose sodium gel oftálmico</i> .....	148	<i>chloramphenicol sodium succinate</i> .....	21
<i>carglumic acid</i> .....	102	<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	60
<i>carteolol hcl</i> .....	129	<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i> .....	60
<i>cartia xt</i> .....	55	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	143
<i>carvedilol</i> .....	55	<i>chloroquine phosphate</i> .....	26
<i>carvedilol phosphate er</i> .....	55	<i>chlorpheniramine maleate</i> .....	149
<i>caspofungin acetate</i> .....	25	<i>chlorpromazine hcl</i> .....	67
<i>castor oil</i> .....	148	<i>chlorpromazine hydrochloride</i> .....	67
<i>castor oil stimulant laxative</i> .....	148		
CAYSTON.....	21		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>chlorthalidone</i> .....	54, 57	<i>clonidine hydrochloride</i> .....	58
<i>cholestyramine</i> .....	53	<i>clopidogrel</i> .....	115
<i>cholestyramine light</i> .....	53	<i>clorzepate dipotassium</i> .....	72
<i>ciclopirox</i> .....	137	<i>clorzoxazone</i> .....	82
<i>ciclopirox olamine</i> .....	137	<i>clotrimazole</i> .....	137, 149
<i>cilostazol</i> .....	114	<i>clotrimazole antifungal</i> .....	149
CILOXAN.....	127	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i> .....	137
CIMDUO .....	28	<i>clotrimazole past. para chup.</i> .....	143
<i>cimetidine</i> .....	107	<i>clozapine</i> .....	68
<i>cimetidine 200</i> .....	149	<i>clozapine tabs. bucodispersables</i> .....	67
<i>cinacalcet hydrochloride</i> .....	62, 102	CLOZAPINE TABS. BUCODISPERSABLES.....	67
CIPROFLOXACIN.....	34, 127, 131	COARTEM .....	26
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i> .....	131	CODEINE SULFATE .....	19
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	34	<i>co-enzyme q 10</i> .....	149
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i> .....	34, 127	<i>co-enzyme q-10</i> .....	149
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i> .....	34	<i>coenzyme q-10</i> .....	149
CIPRO HC .....	131	<i>coenzyme q-10/high potency</i> .....	149
<i>citalopram hydrobromide</i> .....	62	<i>colchicine</i> .....	16
<i>claravis</i> .....	136	<i>cold &amp; cough childrens</i> .....	149
<i>clarithromycin</i> .....	34	<i>colesevelam hydrochloride</i> .....	53
<i>clarithromycin er</i> .....	34	<i>colestipol hcl</i> .....	53
<i>clemastine fumarate</i> .....	132	<i>colistimethate sodium</i> .....	21
CLENPIQ.....	108	COMBIGAN.....	129
<i>clindacin</i> .....	136	COMBIVENT RESPIMAT.....	131
<i>clindamycin</i> .....	136	COMETRIQ KIT .....	41
<i>clindamycin hcl</i> .....	21	COMPLERA.....	28
<i>clindamycin hydrochloride</i> .....	21	<i>compro</i> .....	105
<i>clindamycin palmitate hcl</i> .....	21	<i>constulose</i> .....	108
<i>clindamycin phosphate</i> .....	21	COPIKTRA.....	41
<i>clindamycin phosphate</i> .....	21, 112, 136	CORLANOR.....	58
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i> .....	21	<i>corn and callus remover</i> .....	149
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE .....	21	COSENTYX .....	115
CLINIMIX 6/5 .....	125	COSENTYX SENSOREADY PEN .....	115
CLINIMIX 8/10 .....	125	COSENTYX UNOREADY .....	115
CLINIMIX 8/14 .....	125	COTELLIC .....	41
CLINIMIX/DEXTROSE .....	125	<i>cottonseed oil</i> .....	149
<i>clinisol sf</i> .....	125	CREON .....	109
CLINOLIPID .....	125	<i>cromolyn sodium</i> .....	109, 129, 134, 149
<i>clinpro 5000</i> .....	143	<i>cryselle-28</i> .....	92
<i>clobazam</i> .....	72	<i>cvs lubricating gotas oftálmicas/dry eye</i> .....	149
<i>clobetasol propionate</i> .....	139	<i>cvs natural tears pf</i> .....	149
<i>clobetasol propionate e</i> .....	139	<i>cvs olopatadine hydrochloride</i> .....	149
<i>clodan</i> .....	139	<i>cvs sleep-aid nighttime</i> .....	149
<i>clomipramine hydrochloride</i> .....	62	<i>cyanocobalamin</i> .....	150
<i>clonazepam</i> .....	72	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i> .....	82
<i>clonazepam tabs. bucodispersables</i> .....	72	<i>cyclophosphamide</i> .....	37
<i>clonidine</i> .....	58	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	37

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>cycloserine</i> .....	30	DEXAMETHASONE INTENSOL .....	101
<i>cyclosporine</i> .....	118	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....	128
<i>cyclosporine modified</i> .....	118	<i>dexlansoprazole</i> .....	110
<i>cyproheptadine hcl</i> .....	132	<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	78
<i>cyproheptadine hydrochloride</i> .....	132	<i>dexmethylphenidate hcl er</i> .....	78
<i>cyred eq</i> .....	92	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i> .....	78
CYSTAGON .....	102	<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i> .....	78
CYSTARAN .....	130	<i>dextroamphetamine</i> .....	78
<b>D</b>		<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	78
<i>d3 150</i>		<i>dextroamphetamine sulfate er</i> .....	78
<i>d3-50</i> .....	150	<i>dextromethorphan/guaiifenesin</i> .....	150
<i>d 1000</i> .....	150	<i>dextromethorphan/guaiifenesin/phenylephrine</i> .....	150
<i>dabigatran</i> .....	112	<i>dextromethorphan polistirex er</i> .....	150
<i>daily vitamin formula</i> .....	150	<i>dextrose</i> .....	122, 125
<i>daily-vite</i> .....	150	DEXTROSE .....	122, 126
<i>dalfampridine er</i> .....	82	DEXTROSE/ELECTROLYTE #48 VIAFLEX .....	121
<i>danazol</i> .....	84	DEXTROSE/LACTATED RINGERS .....	122
<i>dantrolene</i> .....	82	DEXTROSE/NACL .....	122
<i>dapsone</i> .....	21, 136	<i>dhs tar</i> .....	150
DAPTACEL .....	119	DIACOMIT .....	72
<i>daptomycin</i> .....	22	<i>diastix</i> .....	150
DAPTOMYCIN .....	22	<i>diazepam</i> .....	72, 73
<i>darunavir</i> .....	26	DIAZEPAM GEL RECTAL .....	72
<i>dasetta 1/35</i> .....	92	<i>diazoxide</i> .....	102
<i>dasetta 7/7/7</i> .....	92	<i>diclofenac potassium</i> .....	16
DAURISMO .....	41	<i>diclofenac sodium</i> .....	128, 141
<i>daysee</i> .....	92	<i>diclofenac sodium dr</i> .....	16
DAYVIGO .....	79	<i>diclofenac sodium er</i> .....	16
<i>deblitane</i> .....	92	<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> .....	17
<i>deferasirox</i> .....	90	<i>dicloxacillin sodium</i> .....	36
DELSTRIGO .....	29	<i>dicyclomine hcl</i> .....	107
<i>delyla</i> .....	92	<i>dicyclomine hydrochloride</i> .....	107
DENGVAXIA .....	119	DIFICID .....	34
<i>denta</i> .....	143	<i>diflunisal</i> .....	17
<i>dentagel</i> .....	143	<i>difluprednate</i> .....	128
DEPO-SUBQ PROVERA .....	93	<i>digox</i> .....	58
DESCOVY .....	29	<i>digoxin</i> .....	58
<i>desipramine hydrochloride</i> .....	62	<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	80
<i>desloratadine</i> .....	132	DILANTIN .....	73
<i>desloratadine tabs. bucodispersables</i> .....	132	DILANTIN-125 .....	73
<i>desmopressin acetate</i> .....	102	DILANTIN INFATABS .....	73
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i> .....	93	<i>diltiazem hcl</i> .....	56
<i>desonide</i> .....	139	DILTIAZEM HCL .....	56
<i>desoximetasone</i> .....	139	<i>diltiazem hcl cd</i> .....	56
<i>desvenlafaxine er</i> .....	62	<i>diltiazem hcl er</i> .....	56
<i>dexamethasone</i> .....	101, 126, 128, 131	<i>diltiazem hydrochloride</i> .....	56
		<i>diltiazem hydrochloride er</i> .....	56

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>dilt-xr</i> .....	56	<i>duloxetine hcl</i> .....	63
DIMENHYDRINATE.....	105	<i>duloxetine hydrochloride</i> .....	63
<i>diphenhydramine hcl</i> .....	132, 150	DUPIXENT.....	115
<i>diphenhydramine hcl/zinc acetate</i> .....	150	<i>dutasteride</i> .....	110, 111
<i>diphenhydramine hydrochloride</i> .....	150	<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i> .....	111
<i>diphenoxylate/atropine</i> .....	109	<i>d-vi-sol</i> .....	150
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i> .....	109	<b>E</b>	
DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED		<i>easy-lax plus</i> .....	151
PEDIÁTRICO.....	119	<i>ec-naproxen</i> .....	17
<i>dipyridamole</i> .....	114, 115	<i>econazole nitrate</i> .....	137
<i>disopyramide phosphate</i> .....	52	EDARBI.....	51
<i>disulfiram</i> .....	83	EDARBYCLOR.....	50
<i>divalproex sodium</i> .....	73	EDURANT.....	26
<i>divalproex sodium dr</i> .....	73	<i>efavirenz</i> .....	26
<i>divalproex sodium er</i> .....	73	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	29
<i>docusate calcium</i> .....	150	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	29
<i>docusate sodium cápsula, líquido, tableta</i> .....	150	<i>effe-r-k</i> .....	123
<i>docusate sodium jarabe</i> .....	150	<i>electrolitos múltiples</i> .....	123
<i>dofetilide</i> .....	52	<i>eletriptan hydrobromide</i> .....	80
<i>dolishale</i> .....	93	ELIGARD.....	38
<i>donepezil hcl</i> .....	61	<i>elinest</i> .....	93
<i>donepezil hydrochloride</i> .....	61	ELIQUIS.....	112
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i> .....	129	ELIQUIS PAQ. INICIAL.....	112
<i>dorzolamide hydrochloride</i> .....	129	<i>eluryng</i> .....	93
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i> .....	129	EMCYT.....	38
<i>dotti</i> .....	100	EMEND.....	105
DOVATO.....	29	EMSAM.....	63
<i>doxazosin mesylate</i> .....	50	<i>emtricitabine</i> .....	26, 29
<i>doxepin hcl</i> .....	62	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i> .....	29
<i>doxepin hydrochloride</i> .....	63, 79	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	29
DOXEPIN HYDROCHLORIDE.....	141	EMTRIVA.....	26
<i>doxercalciferol</i> .....	105	EMVERM.....	22
<i>doxy 100</i> .....	36	<i>emzahn</i> .....	93
<i>doxycycline</i> .....	37	<i>enalapril maleate</i> .....	49
DOXYCYCLINE.....	141	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i> .....	48
<i>doxycycline hyclate</i> .....	36	ENBREL.....	115
<i>doxycycline monohydrate</i> .....	37	ENBREL MINI.....	115
DRIZALMA.....	63	ENBREL SURECLICK.....	115
<i>dronabinol</i> .....	105	<i>encare</i> .....	151
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i> .....	93	ENDARI.....	114
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i> .....	93	<i>endocet</i> .....	19
DROXIA.....	114	<i>enema disposable</i> .....	151
<i>droxidopa</i> .....	59	ENGERIX-B.....	119
<i>dry eye relief</i> .....	150	<i>enilloring</i> .....	93
<i>dry eye relief gotas</i> .....	150	<i>enoxaparin sodium</i> .....	112
DUAVEE.....	100	<i>enpresse-28</i> .....	93
DULERA.....	135		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>enskyce</i> .....	93	<i>everolimus</i> .....	42, 118
<i>entacapone</i> .....	66	EVOTAZ .....	29
<i>entecavir</i> .....	30	<i>exemestane</i> .....	38
ENTRESTO .....	50	EXKIVITY .....	42
<i>enulose</i> .....	108	EXTENCILLINE .....	36
<i>envive</i> .....	151	<i>eye allergy itch/redness relief</i> .....	151
EPCLUSA .....	30	<i>eye allergy relief</i> .....	151
EPIDIOLEX .....	73	EYSUVIS .....	130
<i>epinastine hcl</i> .....	129	<i>ezetimibe</i> .....	53
<i>epinephrine</i> .....	134	<i>ezetimibe/simvastatin</i> .....	53
<i>epitol</i> .....	73	<b>F</b>	
<i>eplerenone</i> .....	49	<i>falmina</i> .....	93
<i>epoprostenol sodium</i> .....	60	<i>famciclovir</i> .....	31
EPRONTIA .....	73	<i>famotidine</i> .....	107, 151
<i>eq acetaminophen</i> .....	151	<i>famotidine premixed</i> .....	107
<i>eq laxative</i> .....	151	FANAPT .....	68
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i> .....	80	FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS .....	68
ERIVEDGE .....	41	FARXIGA .....	86
ERLEADA .....	38	FASENRA .....	134
<i>erlotinib hydrochloride</i> .....	41, 42	FASENRA PEN .....	134
<i>errin</i> .....	93	<i>fc2 female condom</i> .....	151
ERTACZO .....	138	<i>febuxostat</i> .....	16
<i>ertapenem</i> .....	22	<i>felbamate</i> .....	73
<i>ery</i> .....	136	<i>felodipine er</i> .....	56
<i>erythromycin</i> .....	34, 127, 136	<i>fenofibrate</i> .....	52, 53
<i>erythromycin base</i> .....	34	<i>fenofibrate micronized</i> .....	52
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> .....	136	<i>fenofibric acid dr</i> .....	53
<i>erythromycin dr</i> .....	34	<i>fenopropfen calcium</i> .....	17
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	34	FENOPROFEN CALCIUM .....	17
<i>erythromycin lactobionate</i> .....	34	<i>fentanyl</i> .....	18
<i>escitalopram oxalate</i> .....	63	<i>fentanyl citrate</i> .....	19
<i>esomeprazole magnesium</i> .....	110, 151	<i>ferretts chewable iron</i> .....	151
<i>esomeprazole sodium</i> .....	110	<i>ferrocite</i> .....	151
<i>estarylla</i> .....	93, 98	<i>ferrous fumarate</i> .....	97, 151
<i>estradiol</i> .....	100	<i>ferrous fumarate 324</i> .....	151
<i>estradiol/norethindrone acetate</i> .....	100	<i>ferrous gluconate tableta 240 mg, 324 mg</i> .....	152
<i>estradiol valerate</i> .....	100	<i>ferrous gluconate tableta 324 mg</i> .....	152
ESTRING .....	100	<i>ferrous sulfate</i> .....	152
<i>ethambutol hydrochloride</i> .....	30	<i>ferrous sulfate tableta de liberación retardada</i> <i>324 mg</i> .....	152
<i>ethosuximide</i> .....	73	<i>ferrous sulfate tableta de liberación retardada</i> <i>325 mg</i> .....	152
<i>ethyl oleate</i> .....	151	<i>fesoterodine fumarate er</i> .....	111
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i> .....	93	FETZIMA .....	63
<i>etodolac</i> .....	17	FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS .....	63
<i>etodolac er</i> .....	17	<i>fexofenadine hydrochloride</i> .....	152
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> .....	93		
<i>etravirine</i> .....	26		
<i>euthyrox</i> .....	104		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride er</i> .....	152	<i>fluvastatin</i> .....	53
FIASP .....	85	<i>fluvastatin sodium er</i> .....	53
FIASP FLEXTOUCH .....	85	<i>fluvoxamine maleate</i> .....	61
FIASP PENFILL .....	85	<i>fluvoxamine maleate er</i> .....	61
<i>fiber</i> .....	152	<i>folic acid</i> .....	152
<i>finasteride</i> .....	111	<i>folplex 2.2</i> .....	152
<i>fingolimod</i> .....	82	<i>fomepizole</i> .....	102
FINTEPLA .....	73	<i>fondaparinux sodium</i> .....	112
<i>finzala</i> .....	93	<i>fora gtel blood ketone tiras reactivas</i> .....	152
FIRMAGON .....	38	<i>fosamprenavir calcium</i> .....	26
<i>fish oil triple strength</i> .....	152	<i>fosinopril sodium</i> .....	49
<i>flac</i> .....	131	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i> .....	49
FLAREX .....	128	<i>fosphenytoin sodium</i> .....	73
<i>flavorx</i> .....	152	FOTIVDA .....	42
<i>flecainide acetate</i> .....	52	FRAGMIN .....	112, 113
<i>floranex</i> .....	152	FRUZAQLA .....	42
<i>floranex one</i> .....	152	<i>furosemide</i> .....	57
<i>fluconazole</i> .....	25	FUZEON .....	26
<i>fluconazole in sodium chloride</i> .....	25	<i>fyavolv</i> .....	100
<i>fluconazole/sodium chloride</i> .....	25	FYCOMPA .....	73
<i>flucytosine</i> .....	25	<b>G</b>	
<i>fludrocortisone acetate</i> .....	101	<i>gabapentin</i> .....	73, 74
<i>flunisolide</i> .....	135	<i>galantamine hydrobromide</i> .....	61
<i>fluocinolone acetonide</i> .....	131, 140	<i>galantamine hydrobromide er</i> .....	61
<i>fluocinolone acetonide corporal</i> .....	139	GAMASTAN .....	117
<i>fluocinonide</i> .....	140	GAMMAKED .....	118
<i>fluocinonide base emulsionada</i> .....	140	GAMUNEX-C .....	118
<i>fluoride</i> .....	124	<i>ganciclovir</i> .....	31
<i>fluoridex</i> .....	143	GARDASIL 9 .....	120
<i>fluoridex sensitivity relief/sls free</i> .....	143	GASAS .....	85
<i>fluorimax 5000</i> .....	144	<i>gatifloxacin</i> .....	127
<i>fluorimax 5000 sensitive</i> .....	144	GATTEX .....	109
FLUOROMETHOLONE .....	128	<i>gavilyte-c</i> .....	108
<i>fluorouracil</i> .....	142	<i>gavilyte-g</i> .....	108
FLUOROURACIL .....	142	<i>gavilyte-n/flavor pack</i> .....	108
<i>fluoxetine dr</i> .....	63	GAVRETO .....	42
<i>fluoxetine hydrochloride</i> .....	63	<i>gefitinib</i> .....	42
<i>fluphenazine decanoate</i> .....	68	<i>gemfibrozil</i> .....	53
<i>fluphenazine hcl</i> .....	68	GEMTESA .....	111
<i>fluphenazine hydrochloride</i> .....	68	<i>generlac</i> .....	108
<i>flurbiprofen</i> .....	17	<i>gengraf</i> .....	118
<i>flurbiprofen sodium</i> .....	128	GENOTROPIN .....	103
<i>fluticasone propionate</i> .....	135, 136, 140, 152	GENOTROPIN MINIQUICK .....	103
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i> .....	135	<i>gentamicin sulfate</i> .....	22, 127, 137
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i> .....	136	<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride</i> .....	22
<i>fluticasone propionate/salmeterol hfa</i> .....	136	<i>gentamicin sulfate pediátrico</i> .....	22



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>gentamicin sulfate/sodium chloride</i> .....	22	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	25
<i>genteal severe</i> .....	152	<i>guaifenesin</i> .....	154
<i>genteal severe tears</i> .....	152	<i>guaifenesin/codeine</i> .....	154
<i>genteal tears moderate pf</i> .....	152	<i>guaifenesin/dextromethorphan</i> .....	154
<i>gentle laxative</i> .....	152	<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide</i> .....	154
GENVOYA .....	29	<i>guaifenesin er</i> .....	154
GILOTRIF .....	42	<i>guanfacine</i> .....	78
<i>glatiramer acetate</i> .....	82	<i>guanfacine hydrochloride</i> .....	59, 78
<i>glatopa</i> .....	82	<i>gynol ii</i> .....	154
GLEOSTINE .....	37		
<i>glimepiride</i> .....	86	<b>H</b>	
<i>glipizide</i> .....	87	HAEGARDA .....	114
<i>glipizide er</i> .....	86	<i>hailey 1.5/30</i> .....	93
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i> .....	87	<i>hailey 24 fe</i> .....	93
<i>glipizide xl</i> .....	86	<i>hailey fe 1.5/30</i> .....	93
<i>glucose</i> .....	153	<i>hailey fe 1/20</i> .....	94
<i>glutose 5</i> .....	153	<i>halobetasol propionate</i> .....	140
<i>glutose 15</i> .....	153	<i>haloette</i> .....	94
<i>glutose 45</i> .....	153	<i>haloperidol</i> .....	68
<i>glycerin adult</i> .....	153	<i>haloperidol decanoate</i> .....	68
<i>glycerin external líquido</i> .....	153	<i>haloperidol lactate</i> .....	68
<i>glycerin no aplica líquido</i> .....	153	HARVONI .....	31
<i>glycopyrrolate</i> .....	107	HAVRIX .....	120
GLYXAMBI .....	87	<i>headache formula</i> .....	154
<i>gnp anorectal instant relief</i> .....	153	<i>headache relief</i> .....	154
<i>gnp antibiotic + pain relief</i> .....	153	<i>headache relief/extra strength</i> .....	154
<i>gnp anti-itch</i> .....	153	<i>heather</i> .....	94
<i>gnp childrens chewables/extra c</i> .....	153	<i>hemorrhoidal</i> .....	154
<i>gnp childrens chewables/iron</i> .....	153	<i>hemorrhoidal relief crema</i> .....	154
<i>gnp essential one daily</i> .....	153	<i>heparin sodium</i> .....	113
<i>gnp gotas oftálmicas</i> .....	153	HEPARIN SODIUM .....	113
<i>gnp gotas oftálmicas dry eye relief</i> .....	153	HEPARIN SODIUM/D5W .....	113
<i>gnp headache relief extra strength</i> .....	153	HEPARIN SODIUM/DEXTROSE .....	113
<i>gnp iron</i> .....	153	HEPARIN SODIUM/NaCl .....	113
<i>gnp little ones childrens</i> .....	153	HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE .....	113
<i>gnp miconazole 1 paquete combinado</i> .....	153	HEPLISAV-B .....	120
<i>gnp migraine relief</i> .....	153	HIBERIX .....	120
<i>gnp olopatadine hydrochloride</i> .....	154	<i>hm dry eye relief</i> .....	154
<i>gnp vitamin a &amp; d</i> .....	154	<i>hm eye allergy itch/redness relief</i> .....	154
GOLYTELY .....	108	<i>hm eye drops</i> .....	154
<i>goodsense miconazole 1</i> .....	154	<i>hm migraine relief</i> .....	154
<i>goodsense migraine formula</i> .....	154	HUMIRA .....	116
<i>good start supreme agua estéril</i> .....	154	HUMIRA PEN .....	115, 116
<i>gotas oftálmicas</i> .....	151	HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO) .....	85
<i>gotas óticas</i> .....	151	HUMULIN R U-500 KWIKPEN .....	85
<i>granisetron hydrochloride</i> .....	105	<i>hydralazine hcl</i> .....	59
<i>griseofulvin microsize</i> .....	25	<i>hydralazine hydrochloride</i> .....	59

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	48, 49, 50, 51, 54, 57, 58	INCRUSE ELLIPTA.....	132
<i>hydrocodone/acetaminophen</i> .....	19	<i>indapamide</i> .....	58
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i> .....	19	INFANRIX.....	120
<i>hydrocodone bitartrate er</i> .....	18	INLYTA.....	43
<i>hydrocodone/ibuprofen</i> .....	19	INQOVI .....	37
<i>hydrocortisone</i> .....	101, 108, 140, 155	INREBIC.....	43
<i>hydrocortisone/acetic acid</i> .....	131	<i>insta-glucose</i> .....	155
<i>hydrocortisone/aloe</i> .....	155	INTELENCE.....	27
<i>hydrocortisone perianal</i> .....	142	<i>introvale</i> .....	94
<i>hydrocortisone valerate</i> .....	140	INVEGA HAFYERA.....	68
<i>hydrolatum</i> .....	155	INVEGA SUSTENNA.....	68
<i>hydromorphone hcl</i> .....	20	INVEGA TRINZA .....	69
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE .....	20	IPOL INACTIVATED IPV .....	120
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	117	<i>ipratropium bromide</i> .....	132
<i>hydroxyurea</i> .....	40	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i> .....	131
<i>hydroxyzine hcl</i> .....	132	<i>irbesartan</i> .....	50, 51
<i>hydroxyzine hydrochloride</i> .....	132	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i> .....	50
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	132	<i>iron</i> .....	124, 155
<b>I</b>		<i>iron 100 plus</i> .....	155
<i>ibandronate sodium</i> .....	89	<i>iron chews pediatric</i> .....	155
IBRANCE.....	42	ISENTRESS.....	27
<i>ibu</i> .....	17	ISENTRESS HD .....	27
<i>ibuprofen</i> .....	17, 19, 155	<i>isibloom</i> .....	94
<i>ibuprofen infants</i> .....	155	ISOLYTE-P/DEXTROSE.....	122
<i>ibuprofen junior strength</i> .....	155	ISOLYTE-S.....	122
<i>icatibant acetate</i> .....	114	ISOLYTE-S PH 7.4.....	122
<i>iclevia</i> .....	94	<i>isoniazid</i> .....	30
ICLUSIG.....	42	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	59
IDACIO.....	116	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i> .....	59
IDACIO PAQ. INICIAL PARA ENFERMEDAD DE		<i>isosorbide mononitrate</i> .....	59
CHRON .....	116	<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	59
IDACIO PAQUETE INICIAL PARA LA PSORIASIS		<i>isotonic gentamicin</i> .....	22
EN PLACAS.....	116	<i>isotretinoin</i> .....	136
IDHIFA .....	42	<i>isradipine</i> .....	56
<i>imatinib mesylate</i> .....	42	<i>itch relief extra strength</i> .....	155
IMBRUVICA.....	42, 43	<i>itraconazole</i> .....	25
<i>imipenem/cilastatin</i> .....	22	<i>ivabradine hydrochloride</i> .....	59
<i>imipramine hcl</i> .....	63	<i>ivermectin</i> .....	22
<i>imipramine hydrochloride</i> .....	63	IWIFIN.....	40
<i>imiquimod</i> .....	142	IXCHIQ.....	120
IMIQUIMOD BOMBA .....	142	IXIARO.....	120
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	120	<b>J</b>	
IMPAVIDO .....	22	<i>jaimiess</i> .....	94
INBRIJA .....	66	JAKAFI.....	43
<i>incassia</i> .....	94	<i>jantoven</i> .....	113
INCRELEX.....	103	JANUMET .....	87

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
JANUMET XR .....	87	<i>klayesta</i> .....	138
JANUVIA .....	87	<i>klor-con</i> .....	124
<i>jarabe oral flavored vehicle</i> .....	159	KLOR-CON 8 .....	124
JARDIANCE .....	87	<i>klor-con 10</i> .....	124
<i>jasmiel</i> .....	94	<i>klor-con m10</i> .....	124
<i>javygtor</i> .....	103	<i>klor-con m15</i> .....	124
JAYPIRCA .....	43	<i>klor-con m20</i> .....	124
<i>jencycla</i> .....	94	KOSELUGO .....	43
JENTADUETO .....	87	<i>kourzeq</i> .....	144
JENTADUETO XR .....	87	<i>kp omega-3 fish oil</i> .....	156
<i>jinteli</i> .....	100	KRAZATI .....	43
<i>jock itch polvo en aerosol</i> .....	155	KRISTALOSE .....	108
JOLESSA .....	94	<i>kurvelo</i> .....	95
<i>juleber</i> .....	94	<b>L</b>	
JULUCA .....	29	<i>labetalol hydrochloride</i> .....	55
<i>junel 1.5/30</i> .....	94	<i>lacosamide</i> .....	74
<i>junel 1/20</i> .....	94	<i>lactated ringers</i> .....	122
<i>junel fe 1.5/30</i> .....	94	<i>lactose monohydrate</i> .....	156
<i>junel fe 1/20</i> .....	94	<i>lactulose</i> .....	108
<i>junel fe 24</i> .....	94	<i>lamisil at</i> .....	156
<i>just right 5000</i> .....	144	<i>lamivudine</i> .....	27, 31
JYLAMVO .....	117	<i>lamivudine/zidovudine</i> .....	29
JYNNEOS .....	120	<i>lamotrigine</i> .....	74
<b>K</b>		<i>lamotrigine er</i> .....	74
<i>kaitlib fe</i> .....	94	<i>lamotrigine kit inicial/azul</i> .....	74
<i>kalliga</i> .....	94	<i>lamotrigine kit inicial/naranja</i> .....	74
KALYDECO .....	134	<i>lamotrigine kit inicial/verde</i> .....	74
<i>kariva</i> .....	94	<i>lamotrigine tabs. bucodispersables</i> .....	74
KCL/D5W/NACL .....	122	<i>lansoprazole</i> .....	110, 156
<i>kelnor 1/35</i> .....	95	LANTUS .....	85
<i>kelnor 1/50</i> .....	95	LANTUS SOLOSTAR .....	85
KERENDIA .....	49	<i>lapatinib ditosylate</i> .....	43
<i>keri nourishing shea butter</i> .....	155	<i>larin 1.5/30</i> .....	95
KESIMPTA .....	82	<i>larin 1/20</i> .....	95
<i>ketoconazole</i> .....	25, 138	<i>larin 24 fe</i> .....	95
<i>ketodan</i> .....	138	<i>larin fe 1.5/30</i> .....	95
<i>ketoprofen er</i> .....	17	<i>larin fe 1/20</i> .....	95
<i>ketorolac tromethamine</i> .....	17, 128	<i>latanoprost</i> .....	129
<i>ketostix</i> .....	155	<i>laxative</i> .....	156
<i>ketotifen fumarate</i> .....	155	LEENA .....	95
KINRIX .....	120	<i>leftunomide</i> .....	117
KIONEX .....	90	<i>lenalidomide</i> .....	39
KISQALI .....	43	LENTOCILIN .....	36
KISQALI FEMARA DOSIS DE 200 .....	43	LENVIMA .....	43, 44
KISQALI FEMARA DOSIS DE 400 .....	43	LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA .....	44
KISQALI FEMARA DOSIS DE 600 .....	43	LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA .....	43

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA.....	43	LILETTA.....	95
LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA.....	43	<i>linezolid</i> .....	22
LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA.....	43	LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE .....	22
LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA.....	44	LINZESS.....	109
<i>lessina</i> .....	95	<i>liothyronine sodium</i> .....	104, 105
<i>letrozole</i> .....	39	LIRAGLUTIDE.....	87
<i>leucovorin calcium</i> .....	48	<i>lisdexamphetamine dimesylate</i> .....	78
LEUKERAN.....	37	<i>lisinopril</i> .....	49
<i>leuprolide acetate</i> .....	39	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> .....	49
<i>levabuterol</i> .....	133	<i>lithium</i> .....	81
<i>levabuterol hcl</i> .....	133	<i>lithium carbonate</i> .....	81
<i>levabuterol hydrochloride</i> .....	133	<i>lithium carbonate er</i> .....	81
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA .....	133	LIVTENCITY.....	31
<i>levetiracetam</i> .....	74	<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....	95
<i>levetiracetam er</i> .....	74	<i>loestrin 1/20-21</i> .....	95
<i>levetiracetam/sodium chloride</i> .....	74	<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....	95
<i>levobunolol hcl</i> .....	129	<i>loestrin fe 1/20</i> .....	95
<i>levocarnitine</i> .....	103	<i>lojaimiess</i> .....	96
LEVOCARNITINE.....	103	LOKELMA.....	90
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	132, 133	LONSURF.....	38
<i>levofloxacin</i> .....	34, 35, 127	<i>loperamide hcl</i> .....	109, 156
<i>levofloxacin in d5w</i> .....	34	<i>loperamide hydrochloride</i> .....	156
<i>levonest</i> .....	95	LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE .....	156
<i>levonorgestrel</i> .....	95, 156	<i>lopinavir/ritonavir</i> .....	29
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i> .....	95	<i>loratadine</i> .....	156, 157
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> .....	95	<i>loratadine allergy relief</i> .....	156
<i>levora</i> .....	95	<i>loratadine childrens</i> .....	156
<i>levo-t</i> .....	104	<i>loratadine-d 12 h</i> .....	156
<i>levothyroxine sodium</i> .....	104	<i>loratadine-d 24 h</i> .....	157
LEVOTHYROXINE SODIUM.....	104	<i>lorazepam</i> .....	61
<i>levoxyl</i> .....	104	<i>lorazepam intensol</i> .....	61
<i>l-glutamine</i> .....	114	LORBRENA.....	44
<i>lice killing maximum strength</i> .....	156	<i>loryna</i> .....	96
<i>lice treatment</i> .....	156	<i>losartan potassium</i> .....	51
<i>lice treatment crema de enjuague</i> .....	156	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i> .....	50
<i>lidocaine</i> .....	16, 52, 141, 144, 156	LOTEMAX.....	128
<i>lidocaine 5 %</i> .....	156	LOTEMAX SM.....	128
<i>lidocaine hcl</i> .....	16, 52	<i>loteprednol etabonate</i> .....	128
LIDOCAINE HCL.....	52	<i>lovastatin</i> .....	53
LIDOCAINE HCL IN D5W.....	52	<i>low-ogestrel</i> .....	96
<i>lidocaine hydrochloride</i> .....	16, 144, 156	<i>loxapine</i> .....	69
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i> .....	144	<i>lo-zumandimine</i> .....	95
<i>lidocaine pain relief parche</i> .....	156	<i>lubricant gotas oftálmicas</i> .....	157
<i>lidocaine/prilocaine</i> .....	141	LUMAKRAS.....	44
<i>lidocaine viscous</i> .....	144	LUMIGAN.....	129
<i>lidocan</i> .....	141	LUPRON DEPOT.....	39
LILERVANT.....	74	LUPRON DEPOT-PED.....	103

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>lurasidone hydrochloride</i> .....	69	<i>mesalamine</i> .....	108
<i>luter</i> .....	96	<i>mesalamine dr</i> .....	108
<i>lyleq</i> .....	96	MESNEX TABLETA .....	48
<i>lyllana</i> .....	100	<i>metformin hydrochloride</i> .....	88
LYNPARZA .....	44	<i>metformin hydrochloride er</i> .....	87
LYSODREN .....	39	<i>methadone hcl</i> .....	18
LYTGOBI .....	44	METHADONE HCL .....	18
<i>lyza</i> .....	96	<i>methazolamide</i> .....	58
<b>M</b>		<i>methenamine hippurate</i> .....	23
<i>mafenide acetate</i> .....	137	<i>methenamine mandelate</i> .....	23
<i>magnesium</i> .....	109, 110, 123, 157	<i>methergine</i> .....	103
<i>magnesium citrate</i> .....	157	<i>methimazole</i> .....	105
<i>magnesium oxide</i> .....	157	<i>methotrexate sodium</i> .....	38, 117
<i>magnesium sulfate</i> .....	123	<i>methoxsalen</i> .....	138
MAGNESIUM SULFATE .....	123	<i>methscopolamine bromide</i> .....	107
<i>malathion</i> .....	143	<i>methsuximide</i> .....	75
<i>maraviroc</i> .....	27	<i>methylergonovine maleate</i> .....	103
<i>marlissa</i> .....	96	<i>methylphenidate hydrochloride</i> .....	79
MARPLAN .....	64	<i>methylphenidate hydrochloride cd</i> .....	78
MATULANE .....	40	<i>methylphenidate hydrochloride er</i> .....	78, 79
<i>matzim la</i> .....	56	METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER .....	79
MAVYRET .....	31	<i>methylprednisolone</i> .....	101
<i>m-clear wc</i> .....	157	<i>methylprednisolone acetate</i> .....	101
<i>meclizine hcl</i> .....	105, 157	<i>methylprednisolone sodium succinate</i> .....	101
<i>meclizine hydrochloride</i> .....	106, 157	<i>methyltestosterone</i> .....	84
<i>medi-first aspirin</i> .....	157	<i>metoclopramide hcl</i> .....	106
<i>medi-first ibuprofen</i> .....	157	<i>metoclopramide hydrochloride</i> .....	106
<i>medi-paste</i> .....	157	<i>metoclopramide tabs. bucodispersables</i> .....	106
<i>medique aspirin</i> .....	157	<i>metolazone</i> .....	58
<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	96, 104	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i> .....	54
<i>mefloquine hcl</i> .....	26	<i>metoprolol succinate er</i> .....	55
<i>megestrol acetate</i> .....	39, 104	<i>metoprolol tartrate</i> .....	55
MEKINIST .....	44	<i>metronidazole</i> .....	23, 112, 142
MEKTOVI .....	44	<i>metryrosine</i> .....	59
<i>melatonin</i> .....	157	<i>mibelas 24 fe</i> .....	96
<i>melatonin maximum strength</i> .....	157	<i>micafungin</i> .....	25
<i>meloxicam</i> .....	17	<i>miconazole 1</i> .....	157
<i>memantine hcl</i> .....	61	<i>miconazole 3</i> .....	112, 157
<i>memantine hydrochloride</i> .....	61	<i>miconazole 3 combo paquete</i> .....	157
<i>memantine hydrochloride er</i> .....	61	<i>miconazole 3 paquete combinado</i> .....	157
MENACTRA .....	120	<i>miconazole nitrate</i> .....	157
<i>mencylate</i> .....	157	MICROGESTIN 1.5/30 .....	96
MENQUADFI .....	120	MICROGESTIN 1/20 .....	96
MENVEO .....	120	<i>microgestin 24 fe</i> .....	96
<i>mercaptopurine</i> .....	38	MICROGESTIN FE 1.5/30 .....	96
<i>meropenem</i> .....	22	MICROGESTIN FE 1/20 .....	96
		<i>midodrine hcl</i> .....	59

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
MIEBO.....	130	<i>multivitamin with fluoride</i> .....	158
<i>mifepristone</i> .....	103	<i>mupirocin</i> .....	137
<i>miglitol</i> .....	88	<i>muscle rub</i> .....	158
<i>migraine relief</i> .....	158	<i>mycamine</i> .....	25
<i>mili</i> .....	96, 98, 99	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	118
<i>milk of magnesia</i> .....	158	<i>mycophenolic acid dr</i> .....	119
<i>mimvey</i> .....	100	MYRBETRIQ.....	111
<i>minocycline hcl</i> .....	37	<b>N</b>	
<i>minocycline hydrochloride</i> .....	37	<i>nabumetone</i> .....	18
<i>minoxidil</i> .....	59	<i>nadolol</i> .....	55
<i>mirtazapine</i> .....	64	<i>nafcillin sodium</i> .....	36
<i>mirtazapine tabs. bucodispersables</i> .....	64	<i>naftifine hcl</i> .....	138
<i>misoprostol</i> .....	17, 109	<i>naloxone hcl</i> .....	83
M-M-R II.....	120	<i>naloxone hydrochloride</i> .....	83, 84
M-NATAL PLUS.....	124	<i>naltrexone hcl</i> .....	84
<i>modafinil</i> .....	83	NAMZARIC.....	61
<i>moexipril hcl</i> .....	49	<i>naproxen</i> .....	17, 18
<i>molindone hydrochloride</i> .....	69	<i>naproxen dr</i> .....	18
<i>mometasone furoate</i> .....	135, 140, 141	<i>naproxen sodium</i> .....	18, 158
<i>mondoxyne nl</i> .....	37	<i>naratriptan hcl</i> .....	80
<i>mono-lynyah</i> .....	96	NATACYN.....	127
<i>montelukast sodium</i> .....	133	<i>nateglinide</i> .....	88
<i>morphine</i> .....	20	<i>natural fiber</i> .....	158
<i>morphine sulfate</i> .....	20	<i>natural vitamin d-3</i> .....	158
<i>morphine sulfate er</i> .....	19	NAYZILAM.....	75
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE.....	19	<i>nebivolol hydrochloride</i> .....	55
MOUNJARO.....	88	<i>necon 0.5/35-28</i> .....	96
MOVANTIK.....	109	<i>nefazodone hydrochloride</i> .....	64
<i>moxifloxacin hydrochloride</i> .....	35, 127	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i> .....	127
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i> .....	35	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i> .....	126
MRESVIA.....	120	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i> .....	126
<i>mucus d</i> .....	158	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i> .....	127
<i>mucus relief dm</i> .....	158	<i>neomycin/polymyxin/hc</i> .....	131
<i>mucus relief dm maximum strength</i> .....	158	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i> .....	126, 131
<i>mucus relief maximum strength</i> .....	158	<i>neomycin sulfate</i> .....	23
<i>mucus relief severe congestion &amp; cough</i> .....	158	NEONATAL PLUS.....	124
MULTAQ.....	52	<i>neo-polycin</i> .....	126, 127
<i>multi vitamin/fluoride</i> .....	124	<i>neo-polycin hc</i> .....	126
<i>multi-vitamin/fluoride</i> .....	124, 158	NERLYNX.....	44
<i>multivitamin/fluoride</i> .....	124	<i>nevirapine</i> .....	27
<i>multi-vitamin/fluoride gotas</i> .....	124, 158	<i>nevirapine er</i> .....	27
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i> .....	124, 158	NEXLETOL.....	53
<i>multi vitamin/minerals full spectrum</i> .....	158	NEXLIZET.....	54
<i>multivitamins</i> .....	158	NEXPLANON.....	96
<i>multi-vitamins/iron</i> .....	158	<i>niacin</i> .....	54, 159
<i>multivitamins plus zinc</i> .....	158	<i>niacin er</i> .....	54
<i>multivitamin w/iron/infant/toddler</i> .....	158		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>niacin iberación gradual</i> .....	159	NOVOLIN 70/30 .....	85
<i>niacin tr</i> .....	159	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	85
NIACIN TR .....	159	NOVOLIN N .....	85
<i>niacor</i> .....	54	NOVOLIN N FLEXPEN .....	86
<i>nicardipine hcl</i> .....	56	NOVOLIN R.....	86
<i>nicotine</i> .....	159	NOVOLIN R FLEXPEN .....	86
<i>nicotine polacrilex</i> .....	159	NOVOLOG MIX 70/30 .....	86
<i>nicotine transdermal system kit</i> .....	159	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN .....	86
<i>nicotine transdermal system parche 24 horas</i> .....	159	NUBEQA .....	39
NICOTROL INHALADOR.....	84	NUEDEXTA .....	81
NICOTROL NS .....	84	NULOJIX.....	119
<i>nifedipine er</i> .....	56	NUPLAZID.....	69
<i>nikki</i> .....	96	NURTEC.....	80
<i>nilutamide</i> .....	39	NUTRILIPID .....	126
NINLARO.....	44	NUZYRA.....	37
<i>nisoldipine er</i> .....	56	<i>nyamyc</i> .....	138
<i>nitazoxanide</i> .....	23	<i>nylia 1/35</i> .....	97
<i>nitisinone</i> .....	103	<i>nylia 7/7/7</i> .....	97
NITRO-BID .....	59	<i>nymyo</i> .....	97, 99
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i> .....	23	<i>nystatin</i> .....	25, 138, 144
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i> .....	23	<i>nystop</i> .....	138
<i>nitroglycerin</i> .....	60, 142		
NITROGLYCERIN .....	60	<b>O</b>	
<i>nitroglycerin transdermal</i> .....	59	OCELLA.....	97
<i>nitroglycerin translingual</i> .....	60	OCTAGAM.....	118
NIVA-PLUS.....	124	<i>octreotide acetate</i> .....	103
<i>nizatidine</i> .....	107	ODEFSEY.....	29
NORA-BE.....	96	ODOMZO.....	44
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i> .....	97	OFEV .....	134
<i>norethindrone</i> .....	97	<i>ofloxacin</i> .....	127, 131
<i>norethindrone acetate</i> .....	104	OGSIVEO.....	44
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i> .....	97, 100	OJEMDA.....	45
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> .....	97	OJJAARA .....	45
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol ferrous fumarate</i> ....	97	<i>olanzapine</i> .....	69
<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> .....	97	<i>olanzapine tabs. bucodispersables</i> .....	69
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i> .....	97	<i>olive oil</i> .....	159
NORITATE .....	142	<i>olmesartan medoxomil</i> .....	51
<i>norlyda</i> .....	97	<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/ hydrochlorothiazide</i> .....	50
<i>norlyroc</i> .....	97	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i> .....	50
NORPACE CR.....	52	<i>olopatadine hcl</i> .....	133
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	97	<i>olopatadine hydrochloride</i> .....	159
<i>nortrel 1/35</i> .....	97	<i>omega-3-acid ethyl esters</i> .....	54
<i>nortrel 7/7/7</i> .....	97	<i>omega-3 fish oil</i> .....	159
<i>nortriptyline hcl</i> .....	64	<i>omega-3 fish oil maximum strength</i> .....	159
<i>nortriptyline hydrochloride</i> .....	64	<i>omeprazole</i> .....	110, 159
NORVIR.....	27	<i>omeprazole dr</i> .....	110

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>omeprazole magnesium</i> .....	159	PEDIARIX.....	120
ONCASPAR.....	40	PEDVAX HIB.....	120
<i>ondansetron bucodispersables</i> .....	106	<i>peg-3350/electrolitos</i> .....	108
<i>ondansetron hcl</i> .....	106	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i> .....	108
<i>ondansetron hydrochloride</i> .....	106	PEGASYS.....	31
ONUREG.....	38	PEMAZYRE.....	45
OPILL.....	159	PENBRAYA.....	120
OPSUMIT.....	60	<i>penicillamine</i> .....	90
<i>options gynol ii vaginal contraceptive</i> .....	159	<i>penicillin g potassium</i> .....	36
<i>oralone pasta dental</i> .....	144	PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE.....	36
ORGOVYX.....	39	<i>penicillin g sodium</i> .....	36
ORKAMBI.....	134	<i>penicillin v potassium</i> .....	36
ORSERDU.....	39	PENTACEL.....	120
<i>orsythia</i> .....	97	<i>pentamidine isethionate</i> .....	23
<i>os-cal calcium + d3</i> .....	159	<i>pentoxifylline er</i> .....	114
<i>oseltamivir phosphate</i> .....	31	<i>perindopril erbumine</i> .....	49
<i>oxacillin sodium</i> .....	36	<i>perio gard</i> .....	144
<i>oxaprozin</i> .....	18	<i>permethrin</i> .....	143
<i>oxazepam</i> .....	61	<i>perphenazine</i> .....	64, 69
<i>oxcarbazepine</i> .....	75	<i>perphenazine/amitriptyline</i> .....	64
<i>oxybutynin chloride</i> .....	111	<i>petrolatum</i> .....	160
<i>oxybutynin chloride er</i> .....	111	<i>phenazopyridine hcl</i> .....	160
<i>oxycodone/acetaminophen</i> .....	21	<i>phenazopyridine hydrochloride</i> .....	160
<i>oxycodone hcl</i> .....	20	<i>phenelzine sulfate</i> .....	64
<i>oxycodone hydrochloride</i> .....	20	<i>phenobarbital</i> .....	75
<i>oyster shell calcium</i> .....	160	<i>phenobarbital sodium</i> .....	75
OZEMPIC.....	88	<i>phenylephrine hydrochloride</i> .....	160
<b>P</b>		PHENYTEK.....	75
<i>pacerone</i> .....	52	<i>phenytoin</i> .....	75
<i>pain reliever plus</i> .....	160	<i>phenytoin sodium</i> .....	75
<i>pain relieving crema</i> .....	160	<i>phenytoin sodium er</i> .....	75
<i>paliperidone er</i> .....	69	<i>philith</i> .....	97
<i>pamidronate disodium</i> .....	89	PHOSPHOLINE IODIDE.....	130
PAMIDRONATE DISODIUM.....	89	<i>phospho-trin k500</i> .....	160
<i>panoxyl creamy wash</i> .....	160	<i>phytonadione</i> .....	160
<i>panoxyl foaming wash</i> .....	160	PIFELTRO.....	27
PANRETIN.....	142	<i>pilocarpine hcl</i> .....	130
<i>pantoprazole sodium</i> .....	110	<i>pilocarpine hydrochloride</i> .....	144
<i>paricalcitol</i> .....	105	<i>pimecrolimus</i> .....	142
<i>paroxetine hcl</i> .....	64	<i>pimozide</i> .....	69
<i>paroxetine hcl er</i> .....	64	<i>pimtrea</i> .....	97
<i>paroxetine hydrochloride</i> .....	64	<i>pindolol</i> .....	55
<i>pataday extra strength</i> .....	160	<i>pioglitazone hcl</i> .....	88
PAXLOVID.....	31	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> .....	88
<i>pazopanib hydrochloride</i> .....	45	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> .....	88
<i>pcca-plus</i> .....	160	<i>pioglitazone hydrochloride</i> .....	88



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i> .....	36	PRENATAL PLUS.....	124, 125
PIQRAY .....	45	<i>prenatal-u</i> .....	160
<i>pirfenidone</i> .....	134	PRETOMANID .....	30
<i>piroxicam</i> .....	18	<i>prevalite</i> .....	54
<i>plenamine</i> .....	126	PREVYMIS .....	31
PLENVU.....	109	PREZCOBIX .....	29
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN.....	124	PREZISTA .....	27
<i>podofilox</i> .....	142	PRIFTIN .....	30
<i>polycin</i> .....	126, 127	<i>primaquine phosphate</i> .....	26
<i>polyethylene glycol 3350</i> .....	160	<i>primidone</i> .....	75
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i> .....	127	PRIORIX.....	121
<i>polysporin</i> .....	160	PRIVIGEN.....	118
<i>polyvinyl alcohol 1.4 % lubricating gotas oftálmicas</i> 160		<i>probenecid</i> .....	16
<i>poly-vi-sol</i> .....	160	<i>probenecid/colchicine</i> .....	16
POMALYST .....	39	<i>probitrol</i> .....	161
<i>portia-28</i> .....	98	<i>prochlorperazine</i> .....	106
<i>posaconazole</i> .....	25	<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	106
<i>posaconazole dr</i> .....	25	<i>prochlorperazine maleate</i> .....	106
<i>potassium chloride</i> .....	123, 124, 125	PROCRIT.....	113
POTASSIUM CHLORIDE.....	123	<i>proctocort</i> .....	142
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE.....	123	<i>procto-med hc</i> .....	142
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE.....	123	<i>proctosol hc</i> .....	141
<i>potassium chloride er</i> .....	124	<i>proctozone-hc</i> .....	142
<i>potassium chloride/sodium chloride</i> .....	123	<i>progesterone</i> .....	104
POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE... 123		PROGRAF PAQUETE .....	119
<i>potassium citrate er</i> .....	111	PROLASTIN-C.....	134
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	66	PROLENSA.....	129
<i>pramoxine hcl</i> .....	160	PROLIA .....	90
<i>prasugrel</i> .....	115	<i>promerol</i> .....	161
<i>pravastatin sodium</i> .....	53	<i>promethazine hcl</i> .....	106
<i>praziquantel</i> .....	23	<i>promethazine hydrochloride</i> .....	106
<i>prazosin hydrochloride</i> .....	50	<i>promethazine hydrochloride plain</i> .....	106
<i>prednisolone</i> .....	101	<i>promethegan</i> .....	106
<i>prednisolone acetate</i> .....	128	<i>pronutrients vitamin d3</i> .....	161
<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	101	<i>propafenone hcl</i> .....	52
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	128	<i>propafenone hydrochloride</i> .....	52
<i>prednisone</i> .....	101, 102	<i>propafenone hydrochloride er</i> .....	52
PREDNISONE INTENSOL .....	101	<i>proparacaine hcl</i> .....	130
<i>pregabalin</i> .....	75	<i>propranolol hcl</i> .....	55
<i>pregabalin er</i> .....	81	<i>propranolol hcl er</i> .....	55
PREHEVBRIO .....	121	<i>propranolol hydrochloride</i> .....	55
PREMARIN.....	101	<i>propranolol hydrochloride er</i> .....	55
PREMASOL .....	126	<i>propylthiouracil</i> .....	105
<i>premium condoms lubricated</i> .....	160	PROQUAD .....	121
PREMPRO.....	101	PROSOL .....	126
PRENATAL.....	124, 125, 160	<i>protriptyline hcl</i> .....	64
		<i>pseudoephedrine hcl er</i> .....	161

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>pseudoephedrine hydrochloride</i> .....	161	<i>repaglinide</i> .....	88
PULMOZYME .....	134	REPATHA .....	54
PURIXAN.....	38	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	54
<i>pyrazinamide</i> .....	30	REPATHA SURECLICK.....	54
<i>pyridostigmine bromide</i> .....	81	RESTASIS .....	130
<i>pyridostigmine bromide er</i> .....	81	RESTASIS MULTIDOSE.....	130
<i>pyridoxine hcl</i> .....	161	RETEVMO .....	45
<i>pyrimethamine</i> .....	23	REXULTI.....	70
<b>Q</b>		REYATAZ .....	27
<i>qc calcium/minerals/vitamin d</i> .....	161	REZLIDHIA .....	45
<i>qc childrens chewable complete</i> .....	161	REZUROCK .....	119
<i>qc childrens chewable vitamins/extra c</i> .....	161	RHOPRESSA.....	130
<i>qc childrens chewable vitamins/iron</i> .....	161	<i>ribavirin</i> .....	31
<i>qc essentials</i> .....	161	<i>rifabutin</i> .....	30
<i>qc headache relief</i> .....	161	<i>rifampin</i> .....	30
QINLOCK.....	45	<i>riluzole</i> .....	82
QUADRACEL.....	121	<i>rimantadine hydrochloride</i> .....	31
<i>quetiapine fumarate</i> .....	70	RINGERS .....	123
<i>quetiapine fumarate er</i> .....	69	RINVOQ.....	116
<i>quinapril hydrochloride</i> .....	49	<i>risaquad</i> .....	162
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i> .....	49	<i>risaquad-2</i> .....	162
<i>quinidine sulfate</i> .....	52	<i>risedronate sodium</i> .....	90
<i>quinine sulfate</i> .....	26	<i>risedronate sodium dr</i> .....	90
QULIPTA.....	80	<i>risperidone</i> .....	70
<b>R</b>		<i>risperidone er</i> .....	70
RABAVERT.....	121	<i>risperidone tabs. bucodispersables</i> .....	70
<i>rabeprazole sodium</i> .....	110	<i>ritonavir</i> .....	27, 29
<i>raloxifene hydrochloride</i> .....	103	<i>rivastigmine sistema transdérmico</i> .....	62
<i>ramipril</i> .....	49	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	62
<i>ranolazine er</i> .....	59	RIVELSA.....	98
<i>rasagiline mesylate</i> .....	66	<i>rizatriptan benzoate</i> .....	80
<i>raspberry jarabe</i> .....	161	<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i> .....	80
<i>reclipsen</i> .....	98	ROCKLATAN.....	130
RECOMBIVAX HB.....	121	<i>roflumilast</i> .....	134
<i>rectasmothe</i> .....	161	<i>romidepsin</i> .....	45
RECTIV .....	142	<i>ropinirole er</i> .....	66
<i>refresh digital</i> .....	161	<i>ropinirole hcl</i> .....	66
<i>refresh liquigel</i> .....	161	<i>ropinirole hydrochloride</i> .....	66
<i>refresh optive</i> .....	161	<i>rosuvastatin calcium</i> .....	53
<i>refresh optive advanced</i> .....	161	ROTARIX .....	121
<i>refresh plus</i> .....	161	ROTATEQ.....	121
<i>refresh relieva pf</i> .....	161	<i>roweepra</i> .....	75
<i>refresh tears</i> .....	162	ROZLYTREK .....	45
REGRANEX.....	143	RUBRACA .....	45
RELENZA DISKHALER.....	31	<i>rufinamide</i> .....	75
		RUKOBIA.....	27
		RYBELSUS .....	88

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
RYDAPT .....	45	<i>sm antibiotic plus pain relief maximum strength</i> .....	162
<b>S</b>		<i>sm anti-itch extra strength</i> .....	162
<i>sajazir</i> .....	114	<i>sm chewable c</i> .....	162
<i>saline aerosol nasal infants/childrens</i> .....	162	<i>sm cold &amp; hot therapy pa in relief extra strength</i> .....	162
<i>saline gel nasal</i> .....	162	<i>sm dry eye relief</i> .....	163
SANDIMMUNE .....	119	<i>sm gotas oftálmicas</i> .....	163
SANTYL .....	143	<i>sm liberación lenta iron</i> .....	163
<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	103	<i>sm melatonin</i> .....	163
SCEMBLIX .....	46	<i>sm migraine relief</i> .....	163
<i>scopolamine</i> .....	107	<i>sm multiple vitamins essential</i> .....	163
<i>sea-omega</i> .....	162	<i>sm muscle rub</i> .....	163
SECUADO .....	70	<i>sm vitamin c</i> .....	163
<i>selegiline hcl</i> .....	66	<i>sm vitamin c/rose hips</i> .....	163
<i>selenium sulfide</i> .....	138	<i>sm vit c/rose hips</i> .....	163
SELZENTRY .....	27, 28	SODIUM .....	109
<i>senna jarabe 8.8 mg/5 ml</i> .....	162	<i>sodium bicarbonate</i> .....	123, 163
<i>senna jarabe 176 mg/5 ml</i> .....	162	SODIUM BICARBONATE .....	123
<i>senna smooth</i> .....	162	<i>sodium chloride</i> .....	123
<i>senna tableta</i> .....	162	SODIUM CHLORIDE .....	123
SEREVENT DISKUS .....	133	<i>sodium chloride 0.9 % soln. para irrigación</i> .....	143
<i>sertraline hcl</i> .....	64	<i>sodium fluoride</i> .....	125, 144
<i>sertraline hydrochloride</i> .....	64	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i> .....	144
<i>sesame oil</i> .....	162	SODIUM OXYBATE .....	83
<i>setlakin</i> .....	98	<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	104
<i>sf 144</i>		<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .....	91
<i>sharobel</i> .....	98	<i>solifenacin succinate</i> .....	111
SHINGRIX .....	121	SOLQUA 100/33 .....	86
SIGNIFOR .....	104	SOLTAMOX .....	39
<i>sildenafil</i> .....	60	SOLU-CORTEF .....	102
<i>sildenafil citrate</i> .....	60	SOMATULINE DEPOT .....	104
<i>silodosin</i> .....	111	SOMAVERT .....	104
<i>silver sulfadiazine</i> .....	137	<i>soothe</i> .....	163
SIMBRINZA .....	130	<i>soothe maximum strength</i> .....	163
<i>simethicone</i> .....	162	<i>sorafenib tosylate</i> .....	46
<i>simliya</i> .....	98	<i>sorbitol</i> .....	163
<i>simpesse</i> .....	98	<i>sorbolene</i> .....	163
<i>simple jarabe</i> .....	162	<i>sorine</i> .....	52
<i>simvastatin</i> .....	53	<i>sotalol hcl</i> .....	52
<i>sirolimus</i> .....	119	<i>sotalol hydrochloride (af)</i> .....	52
SIRTURO .....	30	SOTYKTU .....	117
SIVEXTRO .....	23	<i>spironolactone</i> .....	50
SKYRIZI .....	116	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i> .....	58
SKYRIZI PEN .....	116	<i>sprintec 28</i> .....	98
<i>sm acidophilus</i> .....	162	SPRITAM .....	76
<i>sm animal shapes complete</i> .....	162	SPRYCEL .....	46
<i>sm animal shapes kids first</i> .....	162	<i>sps</i> .....	91
		<i>sronyx</i> .....	98

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SSD .....	137	<b>T</b>	
STELARA.....	117	<i>tab-a-vite</i> .....	164
<i>stevia</i> .....	163	<i>tab-a-vite w/beta carotene</i> .....	164
STEVIA.....	163	TABLOID .....	38
STIVARGA.....	46	TABRECTA.....	46
<i>stool softener</i> .....	163	<i>tacrolimus</i> .....	119, 143
<i>streptomycin sulfate</i> .....	23	<i>tadalafil</i> .....	60, 111
<i>stress formula</i> .....	163	TAFINLAR.....	46
STRIBILD.....	29	TAGRISSE .....	46
<i>subvenite</i> .....	76	TALZENNA.....	46
<i>subvenite kit inicial</i> .....	76	<i>tamoxifen citrate</i> .....	39
<i>sucralfate</i> .....	109	<i>tamsulosin hydrochloride</i> .....	111
SUCRALFATE .....	109	<i>tarina 24 fe</i> .....	98
<i>sudogest</i> .....	164	<i>tarina fe 1/20 eq</i> .....	98
<i>sulfacetamide sodium</i> .....	127, 136	TASIGNA.....	46
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i> <i>phosphate</i> .....	126	<i>tasimelteon</i> .....	79
<i>sulfadiazine</i> .....	137	TAVNEOS.....	114
SULFADIAZINE .....	23	<i>tazarotene</i> .....	139
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> .....	23, 24	<i>tazicef</i> .....	33
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i> .....	23	TAZORAC .....	139
SULFAMYLON .....	137	TAZVERIK.....	46
<i>sulfasalazine</i> .....	108	TDVAX .....	121
<i>sulindac</i> .....	18	TECVAYLI .....	46
<i>sumatriptan</i> .....	80	TEFLARO.....	33
<i>sumatriptan succinate</i> .....	80	<i>telmisartan</i> .....	51
<i>sumatriptan succinate resurtido</i> .....	80	<i>telmisartan/amlodipine</i> .....	51
<i>sunitinib malate</i> .....	46	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i> .....	51
SUNLENCA .....	28	<i>temazepam</i> .....	79
SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL ..	109	TENIVAC .....	121
<i>suspensión oral</i> .....	159	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	28, 29
SUTAB.....	109	TEPMETKO .....	46
<i>syeda</i> .....	98	<i>terazosin hcl</i> .....	50
SYMLINPEN 60.....	88	<i>terazosin hydrochloride</i> .....	50
SYMLINPEN 120.....	88	<i>terbinafine hcl</i> .....	25
SYMPAZAN.....	76	<i>terbutaline sulfate</i> .....	133
SYMTUZA .....	29	<i>terconazole</i> .....	112
SYNAREL .....	104	<i>teriflunomide</i> .....	82
SYNJARDY.....	89	TERIPARATIDE.....	90
SYNJARDY XR .....	88	<i>testosterone</i> .....	84
SYNTHROID .....	105	<i>testosterone cypionate</i> .....	84
<i>syrspend sf</i> .....	164	<i>testosterone enanthate</i> .....	84
<i>syrup vehicle</i> .....	164	<i>testosterone pump</i> .....	84
<i>systane</i> .....	164	<i>tetrabenazine</i> .....	82
<i>systane complete</i> .....	164	<i>tetracycline hydrochloride</i> .....	37
<i>systane gel</i> .....	164	<i>tgt psyllium fiber</i> .....	164
		THALOMID .....	39, 40
		<i>theophylline</i> .....	135

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>theophylline er</i> .....	135	<i>tranexamic</i> .....	114
<i>thera</i> .....	164	<i>tranexamic acid</i> .....	114
<i>thera-gesic</i> .....	164	<i>tranylcypromine sulfate</i> .....	65
<i>thera-gesic plus</i> .....	164	TRAVASOL .....	126
<i>theranatal core nutrition</i> .....	164	<i>travoprost</i> .....	130
<i>therapeutic shampoo</i> .....	164	<i>trazodone hydrochloride</i> .....	65
<i>thioridazine hcl</i> .....	70	TRECATOR.....	30
<i>thiothixene</i> .....	70	TRELEGY ELLIPTA.....	131
<i>tiadylt er</i> .....	56	TREMFYA.....	117
<i>tiagabine hydrochloride</i> .....	76	TRESIBA.....	86
TIBSOVO .....	46	TRESIBA FLEXTOUCH .....	86
TICOVAC .....	121	<i>tretinoin</i> .....	40, 137
<i>tigecycline</i> .....	37	<i>triamcinolone acetonide</i> .....	102, 141, 144, 164
TILIA FE.....	98	<i>triamcinolone acetonide pasta dental</i> .....	144
<i>timolol maleate</i> .....	55, 130	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i> .....	58
TIMOLOL MALEATE .....	130	<i>triazolam</i> .....	79
<i>tinactin</i> .....	164	<i>tridacaine</i> .....	141
<i>tinidazole</i> .....	24	<i>tridacaine ii</i> .....	141
TIVICAY.....	28	<i>trientine hydrochloride</i> .....	91
TIVICAY PD .....	28	<i>tri-estarylla</i> .....	98
<i>tizanidine hcl</i> .....	83	<i>tri femynor</i> .....	98
<i>tizanidine hydrochloride</i> .....	83	<i>trifluoperazine hcl</i> .....	71
TOBI PODHALER.....	24	<i>trifluoperazine hydrochloride</i> .....	71
TOBRADEX.....	126	<i>trifluridine</i> .....	128
TOBRADEX ST .....	126	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	66
<i>tobramycin</i> .....	24, 128	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i> .....	66
<i>tobramycin/dexamethasone</i> .....	126	TRIJARDY XR.....	89
<i>tobramycin sulfate</i> .....	24	TRIKAFTA .....	135
<i>today sponge</i> .....	164	<i>tri-legest fe</i> .....	98
<i>tolnaftate</i> .....	164	<i>tri-linyah</i> .....	98
<i>tolterodine tartrate</i> .....	111, 112	<i>tri-lo-estarylla</i> .....	98
<i>tolterodine tartrate er</i> .....	112	<i>tri-lo-marzia</i> .....	98
<i>topiramate</i> .....	76	<i>tri-lo-mili</i> .....	98
<i>topiramate er</i> .....	76	<i>tri-lo-sprintec</i> .....	99
<i>toremifene citrate</i> .....	39	<i>trimethobenzamide hydrochloride</i> .....	107
<i>torpenz</i> .....	47	<i>trimethoprim</i> .....	23, 24, 127
<i>torse mide</i> .....	58	<i>tri-mili</i> .....	99
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	86	<i>trimipramine maleate</i> .....	65
TOUJEO SOLOSTAR .....	86	<i>trinate</i> .....	164
TPN ELECTROLITOS.....	123	TRINTELLIX .....	65
TRADJENTA.....	89	<i>tri-nymyo</i> .....	99
<i>tramadol hcl er</i> .....	19	<i>triple antibiotic</i> .....	164
<i>tramadol hydrochloride</i> .....	21	<i>triprolidine hci</i> .....	165
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i> .....	21	<i>triprolidine hydrochloride</i> .....	165
<i>tramadol hydrochloride er</i> .....	19	<i>tri-sprintec</i> .....	99
<i>trandolapril</i> .....	49	TRIUMEQ .....	29
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i> .....	49	TRIUMEQ PD .....	29

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>tri-vite/fluoride</i> .....	125, 165	VANCOMYCIN HCL.....	24
<i>trivora-28</i> .....	99	<i>vancomycin hydrochloride</i> .....	24
<i>tri-vylibra</i> .....	99	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE .....	24
<i>tri-vylibra lo</i> .....	99	VANFLYTA .....	47
TROGARZO.....	28	VAQTA.....	121
TROPHAMINE .....	126	<i>varenicline</i> .....	84
<i>tropium chloride</i> .....	112	<i>varenicline tartrate</i> .....	84
<i>tropium chloride er</i> .....	112	VARIVAX .....	121
TRULICITY.....	89	VASCEPA .....	54
TRUMENBA.....	121	<i>vcf vaginal contraceptive espuma</i> .....	165
TRUQAP.....	47	<i>vcf vaginal contraceptive gel</i> .....	165
<i>trustex lubricated/spermicide</i> .....	165	<i>vcf vaginal contraceptive película</i> .....	165
<i>trustex/ria non-lubricated</i> .....	165	<i>velivet</i> .....	99
TRUXIMA.....	47	VELSIPITY .....	117
TUKYSA.....	47	VENCLEXTA .....	47
<i>tums</i> .....	165	VENCLEXTA PAQ. INICIAL.....	47
<i>tums extra strength 750</i> .....	165	VENLAFAXINE BESYLATE ER.....	65
TURALIO .....	47	<i>venlafaxine hydrochloride</i> .....	65
<i>turqoz</i> .....	99	<i>venlafaxine hydrochloride er</i> .....	65
TWINRIX .....	121	VENTOLIN HFA.....	133
TYBOST .....	28	VEOZAH .....	104
<i>tydemy</i> .....	99	<i>verapamil hcl</i> .....	49, 56, 57
TYENNE.....	117	<i>verapamil hcl er</i> .....	57
TYPHIM VI.....	121	<i>verapamil hcl sr</i> .....	57
<b>U</b>		VERAPAMIL HCL SR.....	57
UBRELVY .....	80	<i>verapamil hydrochloride</i> .....	57
<i>ultra-mega</i> .....	165	<i>verapamil hydrochloride er</i> .....	57
UNITHROID .....	105	VERQUVO .....	59
<i>urea</i> .....	165	VERSACLOZ .....	71
<i>urea 20 intensive crema hidratante</i> .....	165	VERZENIO.....	47
<i>ureacin-20</i> .....	165	<i>vestura</i> .....	99
<i>ursodiol</i> .....	109, 110	VICTOZA .....	89
<b>V</b>		<i>vienva</i> .....	99
<i>valacyclovir hydrochloride</i> .....	31	<i>vigabatrin</i> .....	77
VALCHLOR .....	143	<i>vigadrone</i> .....	77
<i>valganciclovir</i> .....	32	VIGAFYDE .....	77
<i>valganciclovir hydrochloride</i> .....	31	<i>vigpoder</i> .....	77
<i>valproate sodium</i> .....	76	<i>vilazodone hydrochloride</i> .....	65
<i>valproic acid</i> .....	76	<i>vinate ii</i> .....	165
<i>valsartan</i> .....	51	<i>viorele</i> .....	99
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i> .....	50, 51	VIRACEPT .....	28
VALTOCO .....	76, 77	VIREAD .....	28
<i>vanacof</i> .....	165	<i>vitamin a &amp; d</i> .....	165
VANCOMYCIN .....	24	<i>vitamin b-1</i> .....	165
<i>vancomycin hcl</i> .....	24	<i>vitamin b-6</i> .....	165
		<i>vitamin b-12</i> .....	165
		<i>vitamin c</i> .....	166

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>vitamin d</i> .....	166	XTANDI.....	39
<i>vitamin d-3</i> .....	166	<i>xulane</i> .....	99
<i>vitamin d3 cápsula</i> .....	166	XULTOPHY.....	86
<i>vitamin d3 tabletas que se desintegran</i> .....	166	<b>Y</b>	
<i>vitamin d 400</i> .....	166	YF-VAX.....	121
<i>vitamins a/c/d/fluoride</i> .....	125, 166	<i>yuvafem</i> .....	101
VITRAKVI.....	47	<b>Z</b>	
VIVITROL.....	84	<i>zafemy</i> .....	99
VIZIMPRO.....	47	<i>zafirlukast</i> .....	133
<i>volnea</i> .....	99	<i>zaleplon</i> .....	80
VONJO.....	47	ZARXIO.....	113
<i>voriconazole</i> .....	25	ZEGALOGUE.....	102
VOSEVI.....	32	ZEJULA.....	48
VOWST.....	110	ZELBORAF.....	48
VRAYLAR.....	71	<i>zenatane</i> .....	137
<i>vyfemla</i> .....	99	ZENPEP.....	110
<i>vylibra</i> .....	99	<i>zenzedi</i> .....	79
VYZULTA.....	130	ZERVIATE.....	129
<b>W</b>		<i>zidovudine</i> .....	28, 29
<i>warfarin sodium</i> .....	113	<i>zinc oxide</i> .....	166
WELIREG.....	40	<i>ziprasidone hcl</i> .....	71
<i>wera</i> .....	99	<i>ziprasidone mesylate</i> .....	71
WESTAB PLUS.....	125	ZIRABEV.....	48
<i>wixela inhub</i> .....	136	ZIRGAN.....	128
<i>womens 50 billion</i> .....	166	<i>zoledronic acid</i> .....	90
<i>wymzya fe</i> .....	99	ZOLEDRONIC ACID.....	90
<b>X</b>		ZOLINZA.....	48
XALKORI.....	47, 48	<i>zolpidem tartrate</i> .....	80
<i>xanthan gum</i> .....	166	ZONISADE.....	77
XARELTO.....	113	<i>zonisamida</i> .....	77
XARELTO PAQ. INICIAL.....	113	<i>zonisamide</i> .....	77
XATMEP.....	117	<i>zovia 1/35</i> .....	100
XCOPRI.....	77	ZTALMY.....	77
XDEMVY.....	128	<i>zumandimine</i> .....	95, 100
XELJANZ.....	117	ZURZUVAE.....	65
XELJANZ XR.....	117	ZYCLARA.....	143
XERMELO.....	110	ZYDELIG.....	48
XGEVA.....	90	ZYKADIA.....	48
XHANCE.....	135	ZYLET.....	126
XIFAXAN.....	110	ZYPREXA RELPREVV.....	71
XIGDUO XR.....	89		
XIIDRA.....	130		
XOLAIR.....	135		
XOSPATA.....	48		
XPOVIO.....	48		

Este formulario se actualizó el 10/01/2024. Para obtener más información reciente o otras preguntas, comuníquese con El Departamento de Servicios para Miembros de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** o para **los usuarios de TTY: 711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana o visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary).

**Contrato/PBP: H6399-001**



[AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)