

Lista de medicamentos cubiertos 2026 de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) *(Lista de medicamentos o formulario)*

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

N.º de identificación del Formulario: 26010, Versión 12

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 05/01/2026. 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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)



Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también se conoce como *Lista de medicamentos*). Le indica qué medicamentos, medicamentos de venta libre (OTC) y productos y elementos no farmacéuticos están cubiertos por Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). La *Lista de medicamentos* también le indica si hay alguna norma o restricción especial respecto de los medicamentos cubiertos por Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Descargo de responsabilidad.....	3
B. Preguntas frecuentes	5
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> la <i>Lista de medicamentos</i>).....	5
B2. ¿Se modifica la <i>Lista de medicamentos</i> en algún momento?.....	5
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	6
B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?.....	7
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?.....	8
B6. ¿Qué sucede si Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (Por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado).....	8
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	8
B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	9
B9. ¿Qué sucede si soy miembro nuevo de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tengo problemas para obtenerlo?	9
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?.....	10
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	10
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?.....	10
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	10
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	11
B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?.....	11

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



B16. ¿Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) cubre los productos de venta libre que no sean medicamentos?	11
B17. ¿Puedo obtener mis medicamentos a través de pedidos por correo/suministro a largo plazo?.....	11
B18. ¿Cuál es mi copago?.....	12
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	13
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento	14
D. Índice de medicamentos cubiertos	207



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

A. Descargo de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).

- ❖ Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad completamente integrado con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de New Jersey. La inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan.
- ❖ Unirse a este plan significa lo siguiente: Debe usar proveedores, suministros de equipo médico duradero (DME) y farmacias dentro de la red. Estará inscrito automáticamente en la cobertura de Medicaid (NJ FamilyCare) con nuestro plan, y se cancelará su inscripción actual en otro plan de Medicaid (NJ FamilyCare). 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 será inscrito automáticamente 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. Debe comprender y cumplir las normas de remisión de nuestro plan.
- ❖ Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) en línea en [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary) o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página. Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como 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.
- ❖ Si habla otro idioma que no sea inglés, tiene a disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento. (Inglés)
- ❖ 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。(Chino tradicional)
- ❖ Kung hindi Ingles ang wikang inyong sinasalita, may maaari kayong kuning mga libreng 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)

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Notice of Availability (NOA)

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call the number on this document. (English)

እርስዎ ወጪ ሳያወጡ የቋንቋ አገልግሎቶችን ለመድረስ በዚህ ሰነድ ላይ ወዳለዉ ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

(Arabic) للحصول على خدمات اللغة مجاناً، اتصل بالرقم المذكور في هذه الوثيقة.

如欲使用免費語言服務，請致電本文件上的電話號碼。(Chinese)

Tajaajila afaanii bilisaan argachuuf, lakkoofsa dookumentii kanarra jiru irratti bilbilaa. (Cushite)

Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, appelez le numéro indiqué sur ce document. (French)

Pou jwenn sèvis lang san ou pa peye anyen, rele nimewo ki sou dokiman sa a. (French Creole)

Um kostenlos auf Sprachdienste zuzugreifen, rufen Sie die Nummer in diesem Dokument an. (German)

Inā ake 'oe e ili mai no ke kōkua manuahi me ka unuhi, e kelepona 'oe i ka helu ma kēia palapala. (Hawaiian)

Kom tau txais cov kev pab cuam txhais lus yam tsis sau nqi ntawm koj, thov hu rau tus xov tooj ntawm daim ntawv no. (Hmong)

Per accedere gratuitamente ai servizi linguistici, chiama il numero riportato in questo documento. (Italian)

無料の言語サービスをご利用いただくには、この書類に記載されている番号にお電話ください。(Japanese)

လၢကမၤန့ၢ် ကျိၣ်တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢတလိၣ်လၢၣ်ဘျီၣ်လၢၣ်စ့ၤ လၢန့ၢ်အၢၢ်, ကိးနီၣ်ဂီၢ် လၢအအိၣ်ဖဲလံာ်တီလံာ်မိအံၤအဖီခိၣ်န့ၣ်တက့ၢ်. (Karen)

무료로 언어 서비스를 이용하려면 이 문서에 있는 전화번호로 전화하세요.
(Korean)

ເພື່ອເຂົ້າເຖິງການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທໃນເອກະສານນີ້.
(Laotian)

ដើម្បីទទួលបានសេវាផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកសូមទូរសព្ទទៅលេខដែលមាននៅលើឯកសារនេះ។ (Mon-Khmer, Cambodian)

(Persian) برای دسترسی به خدمات زبانی رایگان، با شماره مندرج در این سند تماس بگیرید.

Aby uzyskać bezpłatny dostęp do usług językowych, zadzwoń pod numer podany w tym dokumencie. (Polish)

Ligue para o número indicado neste documento para receber assistência linguística gratuita. (Portuguese)

Чтобы получить бесплатные языковые услуги, позвоните по номеру телефона, указанному в этом документе. (Russian)

Para acceder a servicios de idiomas sin costo alguno, llame al número que aparece en este documento. (Spanish)

Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kang babayaran, tawagan ang numero sa dokumentong ito. (Tagalog)

Để truy cập dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, hãy gọi đến số điện thoại ghi trên tài liệu này. (Vietnamese)

Y0001_Y0130_H6399_2025_V3

NOA-Medicare-1557-1

- ❖ 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)
- ❖ Debido a la legislación de Arkansas, a partir del 1 de enero de 2026, es posible que no pueda utilizar los siguientes servicios dentro del estado de Arkansas, a menos que un tribunal tome medidas: Farmacias minoristas de CVS, servicio de farmacia por correo de CVS Caremark, CVS Specialty y farmacias a largo plazo de OMNI Care.
- ❖ 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 Aetna Medicare FIDE (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 Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

B. Preguntas frecuentes

Aquí encontrará las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*). 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* la *Lista de medicamentos*).

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos* que comienza en la **Sección C1** son los medicamentos cubiertos por Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Los 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 Medicare FIDE (HMO D-SNP) cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios en 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
 - surte la receta en una farmacia de la red de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).
- En algunos casos, debe hacer algo antes de obtener un medicamento. Para obtener más información, consulte la pregunta B4.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/membership/njdsnp-drug-formulary) o 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 Medicare FIDE (HMO D-SNP) debe seguir las reglas de Medicare y Medicaid al realizar 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 el permiso de Aetna Medicare FIDE [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 debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/membership/njdsnp-drug-formulary)



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

- Aparezca 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 bien**
- Nos enteremos de que un medicamento no es seguro, **o bien**
- se retira un medicamento del mercado.

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

- Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos* actualizada de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) en línea en [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-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 hay un cambio en la *Lista de medicamentos*?

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, pero su costo para el nuevo medicamento seguirá siendo \$0 con las mismas restricciones o menos. 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 hacer estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
 - 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.
- **Retiro de los medicamentos peligrosos y otros medicamentos que ya no están en el mercado.** A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, es posible que lo quitemos inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-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 con anticipación 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.
- Quitamos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* cuando agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado. **O bien**
- retiramos un producto biológico original al añadir uno biosimilar. **O bien**
- modificamos las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios, 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*, puede tomarlo 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 realizar 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 Medicare FIDE (HMO D-SNP) antes de obtener su medicamento con receta. Una autorización previa es diferente a una remisión. Es posible que Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) no cubra el medicamento si no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad:** A veces, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) limita la cantidad de un medicamento que puede obtener.
- **Tratamiento escalonado:** A veces, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) requiere que realice un tratamiento escalonado. Esto significa que tendrá que probar medicamentos en un orden determinado para su afección médica. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su médico cree que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando las tablas en la **Sección C**. También puede obtener más información en nuestro sitio web en [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/medicare/njdsnp-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 tabla de la sección titulada “Lista de medicamentos por tipo de medicamento” tiene una columna denominada “Acciones, restricciones o límites de uso necesarios”.

B6. ¿Qué sucede si Aetna Medicare FIDE (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 por orden alfabético. **O bien**
- puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar **por orden alfabético**, busque su medicamento en la sección Índice de medicamentos cubiertos. Podrá encontrarlo en la página 207. 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 C1** titulada “Lista de medicamentos por tipo de medicamento”. 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”. Ahí encontrará medicamentos que tratan infecciones.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/medicare/njdsnp-drug-formulary)

B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está 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 Medicare FIDE (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**
- Pídale a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) que haga una excepción para cubrir su medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B9. ¿Qué sucede si soy miembro nuevo de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de medicamentos* o tengo problemas para obtenerlo?

Nosotros podemos ayudarle. Es posible que cubramos un suministro temporal de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días que sea miembro de Aetna Medicare FIDE (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:

- Está tomando un medicamento que no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos*, **o bien**
- Las normas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad indicada por su médico, **o bien**
- El medicamento requiere autorización previa de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), **o bien**
- Está tomando un medicamento que es parte de una restricción de tratamiento escalonado.

Si está tomando un medicamento que Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) no considera un medicamento de la Parte D, tiene derecho a recibir un suministro único de 72 horas del medicamento.

Si se encuentra en un hogar de convalecencia u otro centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos* o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarle. 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 Medicare FIDE (HMO D-SNP).
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días que es miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)



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 pedirle a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) que haga una excepción para cubrir un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*.

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

- Por ejemplo, Aetna Medicare FIDE (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, Sección 7.2** 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 Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00p. m., hora del este, los 7 días de la semana para obtener ayuda. 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.

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, según las leyes estatales.

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

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, dependiendo de 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 Medicare FIDE (HMO D-SNP) ofrece algunos medicamentos de venta libre a través de la parte de 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 Medicare FIDE (HMO D-SNP) cubre los productos de venta libre que no sean medicamentos?

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) cubre **algunos** productos de venta libre que no son medicamentos cuando su proveedor 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.

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)**.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



B18. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de AetnaMedicare FIDE (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 B15 y B16.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna Medicare FIDE (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 Medicare FIDE (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:

QL: Límites de cantidad: Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá.
PA: 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.
ST: 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, cubriremos el medicamento B.
LD: Distribución limitada: El fabricante de medicamentos puede limitar el número de farmacias que pueden almacenar y distribuir este medicamento.
MO: 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/D: 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 bajo 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.
EA: Cada uno.
ML: Mililitro.
ACS: 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. §
HRM: Medicamento de alto riesgo. Según los expertos médicos, estos medicamentos pueden causar efectos secundarios adversos si usted tiene 65 años de edad o más. Si está tomando uno de estos medicamentos, consulte a su médico si hay opciones más seguras disponibles.
* : Medicamentos que no pertenezcan a la Parte D o medicamentos de venta libre (OTC) o productos que no sean medicamentos. Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) ofrece estos medicamentos que no son de la Parte D, medicamentos OTC o productos que no son medicamentos cuando su proveedor los receta.

§Debido a la legislación de Arkansas, a partir del 1 de enero de 2026, es posible que no pueda utilizar los siguientes servicios dentro del estado de Arkansas, a menos que un tribunal tome medidas: Farmacias minoristas de CVS, servicio de farmacia por correo de CVS Caremark, CVS Specialty y farmacias a largo plazo de OMNI Care.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-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 un medicamento para una infección, debe buscar en la categoría “Antiinfecciosos”. Ahí encontrará medicamentos que tratan la infección.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se enumeran en minúsculas y cursiva (por ejemplo, *amoxicilina*), los medicamentos de marca se escriben en mayúsculas (por ejemplo, SYNTHROID), y los medicamentos de venta libre y los productos no farmacológicos se enumeran en minúsculas cursiva con un asterisco en la columna de la derecha (por ejemplo, *comprimido de acetaminofeno*). La información en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) tiene alguna norma para cubrir su medicamento.

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	-------------------------------	---

ANALGÉSICOS

GOTA

<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 tableta 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ST MO
<i>probenecid/colchicine tableta 0.5 mg; 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>probenecid tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

VARIOS

<i>lidocaine hcl inyección 0.5 %, 1.5 %, 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lidocaine hydrochloride inyección al 1 % pf, 100 mg/5 ml,</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lidocaine hydrochloride inyección al 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

NSAID (AINE) – ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

<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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac sodium dr tableta de liberación retardada 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diclofenac sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tableta de liberación prolongada 50 mg; 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tableta de liberación prolongada 75 mg; 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>diflunisal tableta 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
<i>fenoprofen calcium cápsula 400 mg</i>	\$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 EA por 30 días) MO
<i>flurbiprofen tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ibuprofen suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ibuprofen tableta 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ibu tableta 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ketorolac tromethamine tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (20 EA por 30 días) PA MO
<i>meloxicam tableta 15 g, 7.5 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nabumetone tableta 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naproxen dr tableta de liberación retardada 375 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>naproxen tableta de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>naproxen sodium tableta 275 mg, 550 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naproxen suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
<i>naproxen tableta de liberación retardada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>naproxen tableta 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>oxaprozin tableta 600 mg</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 tableta 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN RETARDADA</i>		
<i>buprenorphine parche semanal 10 µg/h, 15 µg/h, 20 µg/h, 5 µg/h, 7.5 µg/h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) PA MO
<i>fentanyl parche 72 horas 100 µg/h, 12 µg/h, 25 µg/h, 37.5 µg/h, 50 µg/h, 62.5 µg/h, 75 µg/h, 87.5 µg/h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate er (Hysingla ER genérico) tableta er 24 horas disuasiva de abuso 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>methadone hydrochloride concentrado 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 ML por 30 días) PA MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methadone hydrochloride solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<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 INYECCIÓN 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>tramadol hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol er tableta de liberación prolongada 24 horas 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días); HRM
<i>tramadol hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
ANALGÉSICOS OPIOIDES, ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen/codeine phosphate tableta 300 mg; 60 mg</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>acetaminophen/codeine tableta 300 mg; 15 mg, 300 mg; 30 mg, 300 mg; 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate inyección 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>butorphanol tartrate solución nasal 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (5 ML por 30 días) MO
CODEINE SULFATE TABLETA 15 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>endocet tableta 325 mg; 10 mg, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solución 300 mg/15 ml; 10 mg/15 ml, 325 mg/15 ml; 10 mg/15 ml, 325 mg/15 ml; 7.5 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2700 ML por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tableta 300 mg; 10 mg, 300 mg; 5 mg, 300 mg; 7.5 mg, 325 mg; 10 mg, 325 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tableta 325 mg; 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/acetaminophen tableta 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/ibuprofen tableta 10 mg; 200 mg, 5 mg; 200 mg, 7.5 mg; 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl liquido 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ml por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl tableta 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 0.25 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
MORPHINE SULFATE INYECCIÓN 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 50 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>morphine sulfate inyección 0.5 mg/ml, 2 mg/ml jeringa precargada intravenosa, 10 mg/ml ampolla intravenosa, 4 mg/ml ampolla intravenosa, 8 mg/ml ampolla intravenosa</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>morphine sulfate tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hcl cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride concentrado 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<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/acetaminophen tableta 325 mg; 37.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM

ANTIINFECCIOSOS**ANTIINFECCIOSOS: VARIOS**

<i>albendazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amikacin sulfate inyección 1 g/4 ml, 500 g/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ARIKAYCE SUSPENSIÓN 590 MG/8.4 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>atovaquone suspensión 750 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>aztreonam inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BLUJEPa TABLETA 750 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (20 EA por 5 días)
CAYSTON SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>chloramphenicol sodium succinate inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>clindamycin hcl cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clindamycin hydrochloride cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solución reconstituida 75 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clindamycin phosphate/dextrose inyección 300 mg/50 ml; 5 %, 600 mg/50 ml; 5 %, 900 mg/50 ml; 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate inyección 300 mg/2 ml, 900 mg/6 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phosphate inyección 600 mg/4 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 300 MG/50 ML; 0.9 %, 600 MG/50 ML; 0.9 %, 900 MG/50 ML; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>colistimethate sodium inyección 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>dapsone tableta 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 1000 MG/100 ML; 0.9 %, 350 MG/50 ML; 0.9 %, 500 MG/50 ML; 0.9 %, 700 MG/100 ML; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>daptomycin inyección 350 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
EMVERM TABLETA MASTICABLE 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (24 EA por 365 días) MO
<i>ertapenem sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fosfomicin tromethamine paquete 3 g</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 inyección 250 mg; 250 mg, 500 mg; 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
IMPAVIDO CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA MO
<i>isotonic gentamicin inyección 0.8 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ivermectin tableta 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 90 días) PA MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ivermectin tableta 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 90 días) PA MO
LINEZOLID 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>linezolid suspensión reconstituida 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>linezolid tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) MO
<i>meropenem inyección 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>meropenem inyección 1 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methenamine hippurate tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methenamine mandelate tableta 0.5 g, 1 g</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 tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitazoxanide tableta 500 mg</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 inyección 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pentamidine isethionate solución de inhalación reconstituida 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>praziquantel tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pyrimethamine tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
SIVEXTRO INYECCIÓN 200 MG	\$0 para el Nivel 1	
SIVEXTRO TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>streptomycin sulfate inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfadiazine tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tableta 800 mg; 160 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim inyección 400 mg/5 ml; 80 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspensión 200 mg/5 ml; 40 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tableta 400 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tinidazole tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TOBI PODHALER CÁPSULA 28 MG	\$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 tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TYZAVAN INYECCIÓN 1000 MG/200 ML, 1250 MG/250 ML, 1500 MG/300 ML, 1750 MG/350 ML, 2000 MG/400 ML, 500 MG/100 ML, 750 MG/150 ML	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 g, 1.5 g, 1.75 g, 1 g, 2 g, 500 g, 5 g, 750 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
VANCOMYCIN INYECCIÓN 0.9 %; 500 MG/100 ML, 0.9 %; 750 MG/150 ML, 2000 MG/400 ML	\$0 para el Nivel 1	
ANTIMICÓTICOS		
ABELCET INYECCIÓN 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>amphotericin b liposome inyección 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>amphotericin b inyección 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>caspofungin acetate inyección 50 mg, 70 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
CRESEMBA CÁPSULA 74.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (175 EA por 30 días) MO
CRESEMBA CÁPSULA 186 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (70 EA por 30 días) MO
<i>fluconazole in sodium chloride inyección 200 mg/100 ml; 0.9 %, 400 mg/200 ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluconazole/sodium chloride inyección 100 mg/50 ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluconazole suspensión reconstituida 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluconazole tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>flucytosine cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>griseofulvin microsize suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>griseofulvin microsize tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>itraconazole cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>ketoconazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>micafungin inyección 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
MYCAMINE INYECCIÓN 50 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nystatin tableta 500000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>posaconazole dr tableta de liberación retardada 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (93 EA por 30 días) PA MO
<i>posaconazole suspensión 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (630 ML 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 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>voriconazole suspensión reconstituida 40 mg/ml</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
ANTIPALÚDICOS		
<i>atovaquone/proguanil hcl tableta 62.5 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tableta 250 mg; 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chloroquine phosphate tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
COARTEM TABLETA 20 MG; 120 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mefloquine hydrochloride tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>primaquine phosphate tableta 26.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>quinine sulfate cápsula 324 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir solución 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>abacavir tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
APTIVUS CÁPSULA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atazanavir sulfate cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atazanavir cápsula 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>darunavir tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>darunavir tableta 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
EDURANT PED TABLETA SOLUBLE 2.5 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
EDURANT TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>efavirenz tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>emtricitabine cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
EMTRIVA SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>etravirine tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fosamprenavir calcium tableta 700 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FUZEON INYECCIÓN 90 MG	\$0 para el Nivel 1	MO; LD
INTELENCE TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	
ISENTRESS HD TABLETA 600 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
ISENTRESS PAQUETE 100 MG	\$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
ISENTRESS TABLETA 400 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 tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nevirapine er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nevirapine suspensión 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nevirapine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NORVIR PAQUETE 100 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
PIFELTRO TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
PREZISTA SUSPENSIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (400 ML por 30 días) MO
PREZISTA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREZISTA TABLETA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (480 EA por 30 días) MO
REYATAZ PAQUETE 50 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rilpivirine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ritonavir tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
RUKOBIA TABLETA DE LIBERACIÓN	\$0 para el Nivel 1	MO
PROLONGADA 12 HORAS 600 MG		
SELZENTRY SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
SUNLENCA INYECCIÓN 463.5 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3 ML por 180 días) MO; LD
SUNLENCA PAQ. DE TRATAMIENTO	\$0 para el Nivel 1	MO; LD
TABLETA 300 MG		
SUNLENCA TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 1	MO; LD
<i>tenofovir disoproxil fumarate tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TIVICAY PD TABLETA SOLUBLE 5 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
TIVICAY TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
TROGARZO INYECCIÓN 200 MG/1.33 ML	\$0 para el Nivel 1	MO; LD
TYBOST TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
VIRACEPT TABLETA 250 MG, 625 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
VIREAD POLVO 40 MG/G	\$0 para el Nivel 1	MO
VIREAD TABLETA 150 MG, 200 MG,	\$0 para el Nivel 1	MO
250 MG		
<i>zidovudine cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>zidovudine jarabe 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zidovudine tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
COMBINACIÓN DE ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tableta 600 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BIKTARVY TABLETA 30 MG; 120 MG; 15 MG, 50 MG; 200 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
CIMDUO TABLETA 300 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
DELSTRIGO TABLETA 100 MG; 300 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
DESCOVY TABLETA 120 MG; 15 MG, 200 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
DOVATO TABLETA 50 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 600 mg; 200 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 400 mg; 300 mg; 300 mg, 600 mg; 300 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 200 mg; 25 mg; 300 mg</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 TABLETA 300 MG; 150 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
GENVOYA TABLETA 150 MG; 150 MG; 200 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
JULUCA TABLETA 50 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
KALETRA SOLUCIÓN 400 MG/5 ML; 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamivudine/zidovudine tableta 150 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lopinavir/ritonavir tableta 100 mg; 25 mg, 200 mg; 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ODEFSEY TABLETA 200 MG; 25 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
PREZCOBIX TABLETA 150 MG; 675 MG, 150 MG; 800 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
STRIBILD TABLETA 150 MG; 150 MG; 200 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
SYMTUZA TABLETA 150 MG; 800 MG; 200 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
TRIUMEQ PD TABLETA SOLUBLE 60 MG; 5 MG; 30 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
TRIUMEQ TABLETA 600 MG; 50 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine cápsulas 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ethambutol hydrochloride tableta 100 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isoniazid inyección 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>isoniazid jarabe 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isoniazid tableta 100 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PRETOMANID TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
PRIFTIN TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pyrazinamide tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rifabutin cápsula 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rifampin cápsula 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rifampin inyección 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SIRTURO TABLETA 100 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
TRECATOR TABLETA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTIVIRALES		
<i>acyclovir sodium inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>acyclovir cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>acyclovir suspensión 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>acyclovir tableta 400 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>adefovir dipivoxil tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
BARACLUDE SOLUCIÓN 0.05 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>entecavir tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
EPCLUSA PAQUETE 150 MG; 37.5 MG, 200 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
EPCLUSA TABLETA 200 MG; 50 MG, 400 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>famciclovir tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA 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 inyección 500 mg/10 ml, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>lamivudine tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LIVTENCITY TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (336 EA por 28 días) PA; LD
MAVYRET PAQUETE 50 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
MAVYRET TABLETA 100 MG; 40 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oseltamivir phosphate cápsula 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (168 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate cápsula 45 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate suspensión reconstituida 6 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1080 ML por 365 días) MO
PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA DE 5 DÍAS 150 MG; 100 MG Y 300 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (22 EA por 180 días) MO
PAXLOVID TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 150 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (40 EA por 180 días) MO
PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 180 días) MO
PEGASYS INYECCIÓN 180 MG/0.5 ML, 180 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
PREVYMIS PAQUETE 120 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO
PREVYMIS TABLETA 240 MG, 480 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA MO
RELENZA DISKHALER AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 5 MG/BLÍSTER	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 365 días) MO
<i>ribavirin cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>ribavirin tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>rimantadine hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>valacyclovir hydrochloride tableta 1 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>valganciclovir hydrochloride solución reconstituida 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>valganciclovir tableta 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VOSEVI TABLETA 400 MG; 100 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CEFALOSPORINAS		
CEFACLOR ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 500 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefaclor cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefaclor suspensión reconstituida 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefadroxil cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefadroxil suspensión reconstituida 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefadroxil tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 1 G/50 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 1	
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 100 G, 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, 1 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CEFAZOLIN/DEXTROSE INYECCIÓN 3 G /150 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 1	
CEFAZOLIN INYECCIÓN 2 G/100 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 1	
CEFAZOLIN INYECCIÓN INTRAVENOSA 2 G, 3 G	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefazolin inyección 3 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefazolin inyección 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefdinir cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefedinir suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefepime inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefixime cápsula 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefixime suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefotetan inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefoxitin sodium inyección 10 g, 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefpodoxime proxetil suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefpodoxime proxetil tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefprozil suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefprozil tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ceftaroline fosamil inyección 400 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ceftazidime inyección 2 g, 6 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ceftazidime inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose inyección 1 g/50 ml, 2 g/50 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
CEFTRIAZONE SODIUM INYECCIÓN 100 G	\$0 para el Nivel 1	
<i>ceftriaxone sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ceftriaxone sodium inyección 10 g, 1 g i.m. o i.v, 250 mg, 2 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefuroxime axetil tableta 250 mg, 500 mg</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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cephalexin cápsula 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tazicef inyección 1 g, 2 g, 6 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
TEFLARO INYECCIÓN 400 MG, 600 MG	\$0 para el Nivel 1	
ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>azithromycin suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>azithromycin tableta 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clarithromycin er tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clarithromycin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clarithromycin tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DIFICID SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 40 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
DIFICID TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin base tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin dr cápsula partículas de liberación retardada 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin dr tableta de liberación retardada 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin lactobionate inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fidaxomicin tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLUOROQUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl tableta 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 inyección 5 %; 250 mg/50 ml, 5 %; 500 mg/100 ml, 5 %; 750 mg/150 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levofloxacin inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<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 inyección 400 mg/250 ml; 0.8 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
MOXIFLOXACIN HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 400 MG/250 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>moxifloxacin hydrochloride tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PENICILINAS		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er tableta de liberación prolongada 12 horas 1000 mg; 62.5 mg</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 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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amoxicillin cápsula 250 mg, 500 mg</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>amoxicillin tableta masticable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin tableta 500 mg, 875 mg</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
<i>ampicillin-sulbactam inyección 10 g; 5 g, 1 g; 0.5 g, 2 g; 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ampicillin/sulbactam inyección 2 g; 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ampicillin cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BICILLIN L-A INYECCIÓN 1200000 UNIDADES/2 ML, 2400000 UNIDADES/4 ML, 600000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dicloxacillin sodium cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
EXTENCILLINE INYECCIÓN 1200000 UNIDADES, 2400000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	
LENTOCILIN INYECCIÓN 1200000 UNIDADES	\$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	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE INYECCIÓN 40000 UNIDADES/ML, 60000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>penicillin g potassium inyección 20000000 unidades, 5000000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>penicillin g sodium inyección 5000000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>penicillin v potassium solución reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>penicillin v potassium tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium inyección 12 g; 1.5 g, 2 g; 0.25 g, 36 g; 4.5 g, 3 g; 0.375 g, 4 g; 0.5 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100 inyección 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline hyclate cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline hyclate inyección 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline hyclate tableta 100 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<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 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>minocycline hcl tableta 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ST MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>minocycline hydrochloride cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>minocycline hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ST MO
<i>mondoxyne nl cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
NUZYRA INYECCIÓN 100 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
NUZYRA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
<i>tetracycline hydrochloride cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tigecycline inyección 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
ALQUILANTES		
<i>cyclophosphamide cápsula 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
CYCLOPHOSPHAMIDE TABLETA 25 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	PA
GLEOSTINE CÁPSULA 10 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS
GLEOSTINE CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS
LEUKERAN TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lomustine cápsula 10 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>lomustine cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
ANTIMETABOLITOS		
INQOVI TABLETA 100 MG; 35 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (5 EA por 28 días) PA; ACS LD
LONSURF TABLETA 6.14 MG; 15 MG, 8.19 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>mercaptopurine suspensión 2000 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mercaptopurine tableta 50 mg</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	
<i>methotrexate inyección 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ONUREG TABLETA 200 MG, 300 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS LD
PURIXAN SUSPENSIÓN 2000 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
TABLOID TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>abirtega tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
AKEEGA TABLETA 500 MG; 100 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>anastrozole tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bicalutamide tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ELIGARD INYECCIÓN 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ERLEADA TABLETA 240 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
EULEXIN CÁPSULA 125 MG	\$0 para el Nivel 1	
<i>exemestane tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FIRMAGON INYECCIÓN 80 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FIRMAGON INYECCIÓN 120 MG/ AMPOLLA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
INLURIYO TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
<i>letrozole tableta 2.5 mg</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 TABLETA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	LD
<i>megestrol acetate tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nilutamide tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NUBEQA TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ORGOVYX TABLETA 120 MG	\$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 SOLUCIÓN 10 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tamoxifen citrate tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>toremifene citrate tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
XTANDI CÁPSULA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
XTANDI TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
YONSA TABLETA 125 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INMUNOMODULADORES		
<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
<i>pomalidomide cápsula 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
POMALYST CÁPSULAS 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$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
THALOMID CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS LD
VARIOS		
ASPARLAS INYECCIÓN 3750 UNIDADES/5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
BESREMI INYECCIÓN 500 MG/ML	\$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 cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
IWILFIN TABLETA 192 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
<i>leucovorin calcium tableta 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
MATULANE CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	LD
<i>mesna tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
MODEYSO CÁPSULA 125 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (20 EA por 28 días) PA; LD
ONCASPAS INYECCIÓN 750 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>tretinoin cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
WELIREG TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES DIANA MOLECULARES		
ALECENSA CÁPSULA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ALUNBRIG PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 90 MG; 180 MG	\$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 CÁPSULA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
AUGTYRO CÁPSULA 160 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK PAQ. DE TRATAMIENTO 0.8 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (66 EA por 28 días) PA; LD
AYVAKIT TABLETA 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$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
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 LD
BOSULIF CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS LD
BOSULIF TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
BOSULIF TABLETA 400 MG, 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
BRAFTOVI CÁPSULA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
BRUKINSA CÁPSULA 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
BRUKINSA TABLETA 160 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CABOMETYX TABLETA 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
CALQUENCE TABLETA 100 MG	\$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 CÁPSULA 15 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COTELLIC TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (63 EA por 28 días) PA; ACS LD
DANZITEN TABLETA 71 MG, 95 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
<i>dasatinib tableta 100°mg, 140°mg, 50°mg, 70°mg, 80°mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>dasatinib tableta 20°mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
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
ENSACOVE CÁPSULA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días) PA; LD
ENSACOVE CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
ERIVEDGE CÁPSULA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>erlotinib hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>erlotinib hydrochloride tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-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
FOTIVDA CÁPSULA 0.89 MG, 1.34 MG	\$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 CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
<i>gefitinib tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
GILOTRIF TABLETA 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
GOMEKLI CÁPSULA 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (126 EA por 28 días) PA; LD
GOMEKLI CÁPSULA 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
GOMEKLI TABLETA SOLUBLE 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (168 EA por 28 días) PA; LD
HERNEXEOS TABLETA 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
HYRNUO TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
IBRANCE CÁPSULA 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
IBRANCE TABLETA 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
IBTROZI CÁPSULA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 TABLETA 100 MG, 50 MG	\$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 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
IMBRUVICA SUSPENSIÓN 70 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (216 ML por 27 días) PA; LD
IMBRUVICA TABLETA 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IMKELDI SOLUCIÓN 80 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (280 ML por 28 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 CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 3 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
JAKAFI TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$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; LD
JAYPIRCA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
KISQALI FEMARA 400 DOSE PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 2.5 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KISQALI FEMARA 600 DOSE PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 2.5 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
KISQALI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
KOMZIFTI CÁPSULA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
KOSELUGO CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 5 MG, 7.5 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
KOSELUGO CÁPSULA 10 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
KRAZATI TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>lapatinib ditosylate tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
LAZCLUZE TABLETA 240°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
LAZCLUZE TABLETA 80°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LUMAKRAS TABLETA 240 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 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 TABLETA 100 MG, 150 MG	\$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 0.05 MG/ML	\$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 TABLETA 15 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
NERLYNX TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
NILOTINIB D-TARTRATE CÁPSULA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
NILOTINIB D-TARTRATE CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
<i>nilotinib hydrochloride cápsula 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
<i>nilotinib hydrochloride cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
NINLARO CÁPSULA 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ODOMZO CÁPSULA 200 MG	\$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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OGSIVEO TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
OJEMDA SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 25 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (96 ML por 28 días) PA; LD
OJEMDA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (24 EA por 28 días) PA; LD
OJJAARA TABLETA 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
PAZOPANIB HYDROCHLORIDE TABLETA 400 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>pazopanib hydrochloride tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
PEMAZYRE TABLETA 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 200 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 300 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
QINLOCK TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
RETEVMO CÁPSULA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 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
REVUFORJ TABLETA 110 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
REVUFORJ TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
REVUFORJ TABLETA 160 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
REZLIDHIA CÁPSULA 150 MG	\$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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ROMVIMZA CÁPSULA 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) PA; 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
ROZLYTREK PAQUETE 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (336 EA por 28 días) PA; ACS LD
RUBRACA TABLETA 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
RYDAPT CÁPSULA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS
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; LD
SCEMBLIX TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>sorafenib tosylate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
STIVARGA TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>sunitinib malate cápsula 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
TABRECTA TABLETA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
TAFINLAR CÁPSULA 50 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
TAFINLAR TABLETA SOLUBLE 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (840 EA por 28 días) PA; ACS LD
TAGRISSO TABLETA 40 MG, 80 MG	\$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
TAZVERIK TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TECVAYLI INYECCIÓN 153 MG/1.7 ML, 30 MG/3 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
TEPMETKO TABLETA 225 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
TIBSOVO TABLETA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>torpenz tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
TRUQAP PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 160 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (64 EA por 28 días) PA; LD
TRUQAP TABLETA 160 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (64 EA por 28 días) PA; LD
TRUXIMA INYECCIÓN 100 MG/10 ML, 500 MG/50 ML	\$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 CÁPSULA 125 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VANFLYTA TABLETA 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA PAQ. INICIAL PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 10 MG; 100 MG; 50 MG	\$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 TABLETA 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VITRAKVI SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 30 días) PA; ACS LD
VIZIMPRO TABLETA 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
VONJO CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VORANIGO TABLETA 40°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
VORANIGO TABLETA 10°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; 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
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA 200 MG, 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
XOSPATA TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (24 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO 80 MG DOS VECES POR SEMANA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (32 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 40 MG UNA VEZ POR SEMANA (PAQUETE DE 16 TABLETAS)	\$0 para el Nivel 1	QL (16 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 40 MG UNA VEZ POR SEMANA (PAQUETE DE 4 TABLETAS), 60 MG UNA VEZ POR SEMANA, 80 MG UNA VEZ POR SEMANA	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 100 MG UNA VEZ POR SEMANA, 80 MG UNA VEZ POR SEMANA, 40 MG DOS VECES POR SEMANA	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) PA; LD
ZEJULA TABLETA 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZELBORAF TABLETA 240 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZIRABEV INYECCIÓN 100 MG/4 ML, 400 MG/16 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ZOLINZA CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ZYDELIG TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZYKADIA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD

CARDIOVASCULARES**COMBINACIONES DE INHIBIDOR DE LA ECA**

<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride cápsula 10 mg; 20 mg, 10 mg; 40 mg, 2.5 mg; 10 mg, 5 mg; 10 mg, 5 mg; 20 mg, 5 mg; 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 12.5 mg, 20 mg; 12.5 mg, 20 mg; 25 mg, 5 mg; 6.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>captopril/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 15 mg, 25 mg; 25 mg, 50 mg; 15 mg, 50 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 25 mg, 5 mg; 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 12.5 mg, 20 mg; 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 10 mg, 12.5 mg; 20 mg, 25 mg; 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<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 tableta de liberación prolongada 1 mg; 240 mg, 2 mg; 180 mg, 2 mg; 240 mg, 4 mg; 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

INHIBIDORES DE LA ECA

<i>benazepril hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
---	---------------------	----



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>captopril tableta 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enalapril maleate tableta 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fosinopril sodium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lisinopril tableta 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>moexipril hydrochloride tableta 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>perindopril erbumine tableta 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinapril hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ramipril cápsula 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trandolapril tableta 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ALDOSTERONA		
<i>eplerenone tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
KERENDIA TABLETA 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>spironolactone tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ALFA-BLOQUEANTES		
<i>doxazosin mesylate tableta 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>prazosin hydrochloride cápsula 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terazosin hcl cápsula 10 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terazosin hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMBINACIONES/ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>amlodipine besylate/valsartan tableta 10 mg; 160 mg, 10 mg; 320 mg, 5 mg; 160 mg, 5 mg; 320 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil tableta 10 mg; 20 mg, 10 mg; 40 mg, 5 mg; 20 mg, 5 mg; 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 12.5 mg; 160 mg, 10 mg; 25 mg; 160 mg, 10 mg; 25 mg; 320 mg, 5 mg; 12.5 mg; 160 mg, 5 mg; 25 mg; 160 mg</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 TABLETA 40 MG; 12.5 MG, 40 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ENTRESTO CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 15 MG; 16 MG, 6 MG; 6 MG	\$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 tableta 12.5 mg; 100 mg, 12.5 mg; 50 mg, 25 mg; 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 12.5 mg; 40 mg, 10 mg; 25 mg; 40 mg, 5 mg; 12.5 mg; 20 mg, 5 mg; 12.5 mg; 40 mg, 5 mg; 25 mg; 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 20 mg, 12.5 mg; 40 mg, 25 mg; 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>sacubitril/valsartan tableta 24 mg; 26 mg, 49 mg; 51 mg, 97 mg; 103 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>telmisartan/amlodipine tableta 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg, 5 mg; 40 mg, 5 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 tableta 12.5 mg; 160 mg, 12.5 mg; 320 mg, 12.5 mg; 80 mg, 25 mg; 160 mg, 25 mg; 320 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<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 TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan tableta 150 mg, 300 mg, 75 mg</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 tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</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
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hydrochloride inyección 150 mg/3 ml, 50 mg/ml, 900 mg/18 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>amiodarone hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>disopyramide phosphate cápsula 100 mg, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dofetilide cápsula 125 µg, 250 µg, 500 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>flecainide acetate tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LIDOCAINE HCL IN D5W INYECCIÓN 5 %; 4 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
LIDOCAINE HCL INYECCIÓN 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>lidocaine hcl inyección jeringa precargada 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
MULTAQ TABLETA 400 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
NORPACE CR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pacerone tableta 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>propafenone hcl tableta 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propafenone hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 12 horas 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propafenone hydrochloride tableta 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinidine sulfate tableta 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sotalol hcl tableta 120 mg, 160 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sotalol hydrochloride (af) tableta 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sotalol hydrochloride tableta 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
<i>fenofibrate micronized cápsula 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fenofibrate cápsula 130 mg, 150 mg, 43 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fenofibrate tableta 145 mg, 160 mg, 40 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fenofibric acid dr cápsula de liberación retardada 135 mg, 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gemfibrozil tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-CoA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin cápsula 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lovastatin tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pravastatin sodium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>rosuvastatin calcium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>simvastatin tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine light paquete 4 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cholestyramine light polvo 4 g/dosis</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cholestyramine paq. 4 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cholestyramine polvo 4 g/dosis</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>colesevelam hydrochloride paquete 3.75 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>colesevelam hydrochloride tableta 625 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>colestipol hydrochloride gránulos 5 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>colestipol hydrochloride paq. 5 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>colestipol hydrochloride tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ezetimibe/simvastatin tableta 10 mg; 10 mg, 10 mg; 20 mg, 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ezetimibe tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NEXLETOL TABLETA 180 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
NEXLIZET TABLETA 180 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) 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>niacin tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>niacor tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>omega-3-acid ethyl esters cápsula 375 mg; 465 mg; 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>prevalite paquete 4 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>prevalite polvo 4 g/dosis</i>	\$0 para el Nivel 1	
REPATHA PUSHTRONEX SISTEMA INYECCIÓN 420 MG/3.5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA
REPATHA SURECLICK INYECCIÓN 140 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA
REPATHA INYECCIÓN 140 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA MO
VASCEPA CÁPSULA 0.5 G, 1 G	\$0 para el Nivel 1	MO
COMBINACIONES DE BETA BLOQUEANTE/DIURÉTICO		
<i>atenolol/chlorthalidone tableta 100 mg; 25 mg, 50 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 6.25 mg, 2.5 mg; 6.25 mg, 5 mg; 6.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 100 mg, 25 mg; 50 mg, 50 mg; 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BETA BLOQUEANTES		
<i>acebutolol hydrochloride cápsula 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atenolol tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</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 tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bisoprolol fumarate tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carvedilol phosphate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>carvedilol tableta 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>labetalol hydrochloride inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>labetalol hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoprolol succinate er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoprolol tartrate inyección 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate tableta 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nadolol tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</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 tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propranolol hcl inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>propranolol hcl solución oral 40 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propranolol hcl tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propranolol hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propranolol hydrochloride solución 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propranolol hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>timolol maleate tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cartia xt cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>dilt-xr cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hcl er cápsula de liberación prolongada 12 horas (genérico de Cardizem SR) 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hcl er cápsula de liberación prolongada 24 horas (Tiazac genérico) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 420 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas (Cardizem LA genérico) 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DILTIAZEM HCL INYECCIÓN 100 MG	\$0 para el Nivel 1	
<i>diltiazem hcl inyección 50 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>diltiazem hcl tableta 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diltiazem hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas (Cardizem CD, Dilacor XR, y Tiazac genéricos) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas (genérico de Cardizem LA) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hydrochloride inyección 125 mg/25 ml, 25 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>diltiazem hydrochloride tableta 120 mg, 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>felodipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isradipine cápsula 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>matzim la tableta de liberación prolongada 24 horas 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</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 de liberación prolongada 24 horas 30 mg (genérico de Procardia XL), 60 mg (genérico de Procardia XL), 90 mg (genérico de Adalat CC y Procardia XL)</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nifedipine er tableta de liberación prolongada 24 horas (Adalat CC genérico) 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nisoldipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</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 er cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Verelan PM y Verelan SR) 100 mg, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>verapamil hcl er tableta de liberación prolongada (genérico de Calan SR) 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VERAPAMIL HCL SR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS (GENÉRICO DE VERELAN SR) 360 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hcl sr cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Verelan SR) 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hcl tableta 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas (Verelan PM genérico) 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hydrochloride er tableta de liberación prolongada (genérico de Calan SR) 180 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 360 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hydrochloride cápsula de liberación prolongada 24 horas 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hydrochloride inyección 2.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hydrochloride tableta 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DIURÉTICOS		
<i>acetazolamide er cápsula de liberación prolongada 12 horas 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>acetazolamide tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amiloride hcl tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amiloride/hydrochlorothiazide tableta 5 mg; 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bumetanide inyección 0.25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bumetanide tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chlorthalidone tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>furosemide inyección 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>furosemide solución oral 10 mg/ml, 40 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mirtazapine tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrochlorothiazide cápsula 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>indapamide tableta 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methazolamide tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metolazone tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>torseamide tableta 100 mg, 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide cápsula 25 mg; 37.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 37.5 mg, 50 mg; 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VARIOS		
<i>aliskiren tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium tableta 10 mg; 10 mg; 10 mg, 20 mg, 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg, 2.5 mg; 10 mg, 2.5 mg; 20 mg, 2.5 mg; 40 mg, 5 mg; 10 mg, 5 mg; 20 mg, 5 mg; 40 mg, 5 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clonidine hydrochloride tableta 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 5 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>digoxin inyección 0.25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>digoxin oral solución 0.05 mg/ml</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
<i>digox tableta 125 µg, 250 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
<i>droxidopa cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>droxidopa cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>droxidopa cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>guanfacine hydrochloride tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>hydralazine hydrochloride inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydralazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride tableta 37.5 mg; 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ivabradine hydrochloride tableta 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metyrosine cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>midodrine hydrochloride tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>minoxidil tableta 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ranolazine er tableta de liberación prolongada 12 horas 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VERQUVO TABLETA 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
NITRATOS		
<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 er tableta de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NITRO-BID POMADA 2 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitroglycerin parche transdérmico 24 horas 0.1 mg/h, 0.2 mg/h, 0.4 mg/h, 0.6 mg/h</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
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
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS TABLETA 0.5 MG, 1.5 MG, 1 MG, 2.5 MG, 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>ambrisentan tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>bosentan tableta soluble 32 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 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 inyección 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D; ACS
<i>epoprostenol sodium inyección 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D; ACS
OPSUMIT TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>sildenafil citrate (genérico de Revatio) tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sildenafil inyección 10 mg/12.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1125 ML por 30 días) PA; ACS
<i>tadalafil (Adcirca genérico) tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
TYVASO KIT DE RECARGA SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
TYVASO KIT INICIAL SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
TYVASO SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG; 800 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (200 EA por 28 días) PA; ACS LD
UPTRAVI INYECCIÓN 1800 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
UPTRAVI TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (140 EA por 28 días) PA; ACS LD
UPTRAVI TABLETA 1000 MG, 1200 MG, 1400 MG, 1600 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
WINREVAIR INYECCIÓN (KIT DE 1 AMPOLLA) 45 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 21 días) PA; ACS LD
WINREVAIR INYECCIÓN (KIT DE 2 AMPOLLAS) 45 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 21 días) PA; ACS LD
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
<i>ANSIOLÍTICOS</i>		
ALPRAZOLAM INTENSOL CONCENTRADO 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>alprazolam tableta 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>alprazolam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>bupirone hcl tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bupirone hydrochloride tableta 10 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chlordiazepoxide hcl cápsula 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chlordiazepoxide hydrochloride cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>lorazepam intensol concentrado 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam inyección 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam tableta 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>oxazepam cápsula 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
ANTIDEMENCIA		
<i>donepezil hcl tableta que se desintegra 10 mg, 5 mg</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 tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide er cápsula de liberación prolongada 24 horas 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide solución 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (200 ML por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide tableta 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>memantine hcl paq. de ajuste de la dosis tableta 10 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (98 EA por 365 días) PA
<i>emantine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>memantine hydrochloride solución 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (360 ML por 30 días) PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>memantine hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
NAMZARIC CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 10 MG; 14 MG, 10 MG; 21 MG, 10 MG; 28 MG, 10 MG; 7 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rivastigmine tartrate cápsula 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rivastigmine sistema transdérmico parche 24 horas 13.3 mg/24 h, 4.6 mg/24 h, 9.5 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl tableta 100 mg, 150 mg, 25 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>amitriptyline hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>amoxapine tableta 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
AUVELITY TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 105 MG; 45 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tableta de liberación retardada 12 horas 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
BUPROPION HYDROCHLORIDE ER (XL) TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 450 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 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>bupropion hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tableta 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide solución 10 mg/5 ml</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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clomipramine hydrochloride cápsula 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>desipramine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</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 cápsula 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>doxepin hcl concentrado 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<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 PROLONGADA 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 hydrochloride dr (genérico de Cymbalta) cápsula de partículas de liberación retardada 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>duloxetine hydrochloride dr (generic Irenka) cápsula con partículas de liberación retardada 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
EMSAM PARCHE 24 HORAS 12 MG/24 H, 6 MG/24 H, 9 MG/24 H	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
ESCITALOPRAM OXALATE CÁPSULA 15 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>escitalopram oxalate solución 5 mg/5 ml</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
EXXUA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18.2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (64 EA por 365 días) PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EXXUA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18.2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA
EXXUA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA ER 24 HORAS 20 MG; 40 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; 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 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride (genérico de Prozac) tableta 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>imipramine hcl tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>imipramine hydrochloride tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
MARPLAN TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 15 mg, 30 mg, 45 mg</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 tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nortriptyline hcl cápsula 25 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>nortriptyline hcl solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>nortriptyline hydrochloride cápsula 10 mg, 50 mg</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) PA 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) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride suspensión 10 mg/ 5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>perphenazine/amitriptyline tableta 10 mg; 2 mg, 10 mg; 4 mg, 25 mg; 2 mg, 25 mg; 4 mg, 50 mg; 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>phenelzine sulfate tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>protriptyline hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
RALDESY SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
<i>sertraline hcl concentrado 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hcl tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA 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
<i>tranlycypromine sulfate tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 TABLETA 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$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 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>venlafaxine hydrochloride tableta 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>vilazodone hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</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 LD
ZURZUVAE CÁPSULA 20 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 14 días) PA; ACS LD
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>amantadine hcl solución 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amantadine hcl tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amantadine hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>benztropine mesylate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>benztropine mesylate tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>bromocriptine mesylate cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bromocriptine mesylate tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa er tableta de liberación prolongada 25 mg; 100 mg, 50 mg; 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg; 100 mg, 25 mg; 100 mg, 25 mg; 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE TABLETA 12.5 MG; 200 MG; 50 MG, 18.75 MG; 200 MG; 75 MG, 25 MG; 200 MG; 100 MG, 31.25 MG; 200 MG; 125 MG, 37.5 MG; 200 MG; 150 MG, 50 MG; 200 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa tableta 10 mg, 100 mg, 25 mg, 100 mg, 25 mg, 250 mg,</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>entacapone tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
INBRIJA CÁPSULA 42 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (300 EA por 30 días) PA; LD
<i>pramipexole dihydrochloride tableta 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rasagiline mesylate tableta 0.5 mg, 1 mg</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 EA 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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ropinirole hydrochloride tableta 0.25 mg, 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>selegiline hcl cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>selegiline hcl tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trihexyphenidyl hcl solución 0.4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tableta 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 720 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2.4 ML por 56 días) MO
ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 960 MG/3.2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.2 ML por 56 días) MO
ABILIFY MAINTENA INYECCIÓN 300 MG, 400 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 28 días) MO; HRM
<i>aripiprazole tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole solución 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 2 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
ARISTADA INITIO INYECCIÓN 675 MG/2.4 ML	\$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/3.9 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.9 ML por 56 días); HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>asenapine maleate sl tableta sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
CAPLYTA CÁPSULA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) 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 hcl tableta 100 mg, 10 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrado 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>chlorpromazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; 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 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) 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
<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
COBENFY STARTER PACK PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 50 MG; 20 MG Y 100 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 365 días) MO
COBENFY CÁPSULA 20 MG; 100 MG, 50 MG; 20 MG, 30 MG; 125 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 39 MG/0.25 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.25 ml por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 78 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ml por 28 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERZOFRI INYECCIÓN 117 MG/0.75 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.75 ml por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 156 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ml por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 234 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.5 ml por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 351 MG/2.25 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4.5 ML por 365 días)
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS A TABLETA 1 MG; 2 MG; 4 MG; 6 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; HRM
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS B TABLETA 1 MG; 2 MG; 6 MG; 8 MG	\$0 para el Nivel 1	PA
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS C TABLETA 1 MG; 3 MG; 6 MG	\$0 para el Nivel 1	PA
FANAPT TABLETA 10 MG, 12 MG, 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluphenazine decanoate inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluphenazine hcl concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride elixir 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride inyección 2.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol decanoate inyección 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol lactate inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol concentrado 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol tableta 0.5 mg, 10 mg, 1 mg, 20 mg, 2 mg, 5 mg</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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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 cápsula 10 mg, 25 mg, 50 mg, 5 mg</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 CÁPSULA 34 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS HRM LD
NUPLAZID TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS HRM LD
<i>olanzapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine inyección 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (3 EA por 1 días) MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
OPIPZA PELÍCULA 2 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA
OPIPZA PELÍCULA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA
<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 tableta 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>pimozide tableta 1 mg, 2 mg</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
<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 EA 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 EA por 28 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 1 mg/ml</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 PARCHE 24 HORAS 3.8 MG/24 H, 5.7 MG/24 H, 7.6 MG/24 H	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>thioridazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>thiothixene cápsula 10 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<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 SUSPENSIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) PA; HRM
VRAYLAR CÁPSULA 0.5 MG, 0.75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
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 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ziprasidone mesylate inyección 20 mg</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
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 405 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 28 días) PA; ACS
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 300 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS
AGENTES ANTICONVULSIVANTES		
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
<i>brivaracetam inyección 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ml por 30 días)
<i>brivaracetam solución oral 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ml por 30 días)
<i>brivaracetam tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días)
BRIVIACT INYECCIÓN 50 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) PA
BRIVIACT SOLUCIÓN ORAL 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) PA MO
BRIVIACT TABLETA 100 MG, 10 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>carbamazepine er carbamazepine er cápsula de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 200 mg, 300 mg</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
<i>carbamazepine er tableta de liberación prolongada 12 horas 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>carbamazepine suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>carbamazepine tableta masticable 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbamazepine tableta masticable 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbamazepine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>clobazam suspensión 2.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>clobazam tableta 10 mg, 20 mg</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 EA 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 EA 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 intensol concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
DIAZEPAM GEL 10 MG, 2.5 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (5 EA por 30 días) MO; HRM
<i>diazepam inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam solución oral 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1200 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam tableta 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DILANTIN INFATABS TABLETA MASTICABLE 50 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
DILANTIN-125 SUSPENSIÓN 125 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
DILANTIN CÁPSULA 100 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>divalproex sodium dr cápsula de liberación prolongada con gránulos dispersables 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>divalproex sodium dr tableta de liberación retardada 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>divalproex sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
EPIDIOLEX SOLUCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) PA; ACS LD
EPRONTIA SOLUCIÓN 25 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 30 días) PA MO
<i>eslicarbazepine acetate tableta 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>eslicarbazepine acetate tableta 600 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ethosuximide cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ethosuximide solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>felbamate suspensión 600 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>felbamate tableta 400 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FINTEPLA SOLUCIÓN 2.2 MG/ML	\$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 0.5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (680 ML por 28 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 Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-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 250 mg/5 ml</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 inyección 200 mg/20 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lacosamide solución oral 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1200 ML por 30 días) MO
<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 er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 250 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamotrigine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamotrigine kit inicial/kit azul 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lamotrigine kit inicial/kit verde 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lamotrigine kit inicial/kit anaranjado 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lamotrigine tableta masticable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamotrigine tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levetiracetam er tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LEVETIRACETAM/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 500 MG/100 ML; 820 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levetiracetam/sodium chloride inyección 1000 mg/100 ml; 750 mg/100 ml, 1500 mg/100 ml; 540 mg/100 ml, 500 mg/100 ml; 820 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levetiracetam inyección 500 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levetiracetam solución oral 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LEVETIRACETAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
LEVETIRACETAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>levetiracetam tableta 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LIBERVANT PELÍCULA 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>methsuximide cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NAYZILAM SOLUCIÓN 5 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>oxcarbazepine suspensión 300 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>oxcarbazepine tableta 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>perampanel suspensión 0.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (680 ML por 28 días) PA MO
<i>perampanel tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>perampanel tableta 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>phenobarbital sodium inyección 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; HRM
<i>phenobarbital elixir 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1500 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenobarbital tableta 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenytek cápsula 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>phenytoin sodium extended cápsula 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>phenytoin sodium inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>phenytoin suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>phenytoin tableta masticable 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PREGABALIN CÁPSULA 150 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 100 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
PREGABALIN SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>primidone tableta 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>roweepra tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>rufinamide suspensión 40 mg/ml</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 EA por 30 días) PA MO
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 kit inicial/kit azul 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>subvenite kit inicial/kit verde 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>subvenite kit inicial/kit anaranjado 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
SUBVENITE SUSPENSIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>subvenite tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
SYMPAZAN FILM 5MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
SYMPAZAN PELÍCULA 10 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>tiagabine hydrochloride tableta 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>topiramate er cápsula er 24 horas con gránulos dispersables 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>topiramate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>topiramate cápsula con gránulos dispersables 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>topiramate solución 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 30 días) PA 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 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>valproic acid cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>valproic acid solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VALTOCO 10 MG DOSE LÍQUIDO 10 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VALTOCO 15 MG DOSE LÍQUIDO PAQ. DE TRATAMIENTO 7.5 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO 20 MG DOSE PAQ. DE TRATAMIENTO LÍQUIDO 10 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1 ML LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>vigabatrin paquete 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>vigabatrin tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>vigadrone paquete 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>vigadrone tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
VIGAFYDE SOLUCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (750 ML por 30 días) PA; LD
XCOPRI TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO DE AJUSTE DE LA DOSIS 12.5 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días)
XCOPRI TABLETA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS 150 MG; 200 MG; 50 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días)
XCOPRI TABLETA PAQUETE PARA TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO 150 MG; 100 MG, 200 MG; 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) MO
XCOPRI TABLETA 100 MG, 25 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 SUSPENSIÓN 100 MG/5 ML	\$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 SUSPENSIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1100 ML por 30 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN		
<i>amphetamine/dextroamphetamine cáps. de liberación prolongada 24 horas 1.25 mg; 1.25 mg; 1.25 mg; 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg, 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg, 5 mg; 5 mg; 5 mg, 6.25 mg; 6.25 mg; 6.25 mg, 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg</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
<i>atomoxetine hydrochloride cápsula 10 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 10 mg, 18 mg, 25 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 tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML 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>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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lisdexamfetamine dimesylate tableta masticable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd) cápsula de liberación prolongada (genérico de Metadate CD) 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (dif) tableta de liberación prolongada 27 mg, 36 mg, 54 mg</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) 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</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) 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER (OSM) TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA (GENÉRICO DE RELEXXI) 45 MG, 63 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tableta de liberación prolongada (genérico de Concerta) 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg (genérico de Relexxi) 72 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 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 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 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>methylphenidate hydrochloride tableta masticable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylphenidate hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>zenzedi tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
HIPNÓTICOS		
DAYVIGO TABLETA 10 MG, 5 MG	\$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 cápsula 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>temazepam cápsula 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>triazolam tableta 0.125 mg, 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<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 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
MIGRAÑA		
AIMOVIG INYECCIÓN 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 30 días) PA; ACS
<i>dihydroergotamine mesylate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>dihydroergotamine mesylate solución nasal 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 30 días) PA MO
<i>eletriptan hydrobromide tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>ergotamine tartrate/caffeine tableta 100 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (40 EA por 28 días) PA MO
<i>naratriptan hcl tableta 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (9 EA por 30 días) MO
NURTEC TABLETA QUE SE DESINTEGRA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (16 EA por 30 días) PA MO
QULIPTA TABLETA 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>rizatriptan benzoate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate resurtido de inyección 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate inyección 6 mg/0.5 ml</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
<i>sumatriptan solución 20 mg/pulverización, 5 mg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
UBRELVY TABLETA 100 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (16 EA por 30 días) PA MO
VARIOS		
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 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
AUSTEDO TABLETA 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>lithium carbonate er tableta de liberación extendida 300 mg, 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lithium carbonate cápsula 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lithium carbonate tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lithium solución 8 meq/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NUEDEXTA CÁPSULA 20 MG; 10 MG	\$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 er tableta de liberación prolongada 180 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pyridostigmine bromide tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>riluzole tableta 50 mg</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
<i>tetrabenazine tableta 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BAFIERTAM CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 95 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
BETASERON INYECCIÓN 0.3 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS
<i>dalfampridine er tableta de liberación prolongada 12 horas 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i> fingolimod hydrochloride cápsula 0.5 mg</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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glatopa inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
KESIMPTA INYECCIÓN 20 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (6.4 ML por 365 días) PA; ACS LD
<i>teriflunomide tableta 14 mg, 7 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES		
<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>clorzoaxone tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM
<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 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tizanidine hcl tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tizanidine hydrochloride cápsula 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tizanidine hydrochloride tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA		
<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 SOLUCIÓN 500 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (540 ML por 30 días) PA; LD
PSICOTERAPÉUTICOS-VARIOS		
<i>acamprosate calcium dr tableta de liberación retardada 333 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tableta sublingual 8 mg; 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tableta sublingual 2 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl tableta sublingual 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl tableta sublingual 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 8 mg; 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 2 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 12 mg; 3 mg, 4 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tableta de liberación prolongada 12 horas 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>disulfiram tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
KLOXXADO LÍQUIDO 8 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naloxone hcl inyección 4 mg/10 ml</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	
<i>naloxone hydrochloride inyección 0.4 mg/ml ampolla</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naloxone hydrochloride líquido 4 mg/0.1 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naltrexone hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NICOTROL NS SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (360 ML por 365 días) MO
REXTOVY LÍQUIDO 4 MG/0.25 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>varenicline paq. de tratamiento mensual inicial, tableta 0.5 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>varenicline tartrate tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VIVITROL INYECCIÓN 380 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS		
ANDRÓGENOS		
<i>danazol cáps. 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methyltestosterone cáps. 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>testosterone cypionate inyección 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>testosterone enanthate inyección 200 mg/ml</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 gel 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 30 mg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS		
BD ALCOHOL SWABS	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA II/0.3 ML/31G X 5/16"	\$0 para el Nivel 1	PA 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 AGUJA/ORIGINAL/ ULTRAFINA/29 G X 1/2"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD PLUMA VARIOS	\$0 para el Nivel 1	MO
BD VEO INSULIN JERINGA ULTRAFINA/0.3 ML/31 G X 15/64"	\$0 para el Nivel 1	PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
APÓSITOS DE GASA 2"X2" 12 APÓSITOS PLY	\$0 para el Nivel 1	PA MO
FIASP FLEXTOUCH INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
FIASP PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
FIASP PUMPCART INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
FIASP INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO) INYECCIÓN 500 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INYECCIÓN 500 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
INSULIN ASPART FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
INSULIN ASPART PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
INSULIN ASPART INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
LANTUS SOLOSTAR INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
LANTUS INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN 70/30 INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN N FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN N INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN R FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLIN R INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
NOVOLOG FLEXPEN RELION INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLOG FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN INYECCIÓN PRECARGADA 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLOG MIX 70/30 INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLOG PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLOG RELION INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
NOVOLOG INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
SOLQUA 100/33 INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML; 33 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (15 ML por 25 días) MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR INYECCIÓN 300 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
TOUJEO SOLOSTAR INYECCIÓN 300 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
XULTOPHY 100/3.6 INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML; 3.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (15 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
FARXIGA TABLETA 10 MG, 5 MG	\$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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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/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 TABLETA 10 MG; 5 MG, 25 MG; 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 1000 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TABLETA LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 1000 MG; 50 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUMET TABLETA 1000 MG; 50 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUVIA TABLETA 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JARDIANCE TABLETA 10 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 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
JENTADUETO TABLETA 2.5 MG; 1000 MG, 2.5 MG; 500 MG, 2.5 MG; 850 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Glucophage XR)</i> tableta de liberación prolongada 24 horas 750 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Fortamet y Glumetza)</i> tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>metformin hydrochloride tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA 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 tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</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 MO
MOUNJARO INYECCIÓN 2.5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 365 días) PA
<i>nateglinide tableta 120 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
OZEMPIC INYECCIÓN 2 MG/3 ML, 4 MG/3 ML, 8 MG/3 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3 ML por 28 días) PA MO
<i>pioglitazone hcl-glimepiride tableta 2 mg; 30 mg, 4 mg; 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl tableta 500 mg; 15 mg, 850 mg; 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl tableta 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hydrochloride tableta 15 mg, 30 mg</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 TABLETA 3 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RYBELSUS TABLETA 14 MG, 7 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
SYMLINPEN 120 INYECCIÓN 2700 MG/2.7 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (10.8 ML por 30 días) PA MO
SYMLINPEN 60 INYECCIÓN 1500 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (6 ML por 30 días) PA MO
TRADJENTA TABLETA 5 MG	\$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 INYECCIÓN 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2 ML por 28 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
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium solución 70 mg/75 ml</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
BILDYOS INYECCIÓN 60 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 180 días); ACS
BILPREVDA INYECCIÓN 120 MG/1.7 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
BONSITY INYECCIÓN 560 MG/2.24 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>calcitonin-salmon solución 200 unidades/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ibandronate sodium inyección 3 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (3 ML por 90 días) MO
<i>ibandronate sodium tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 30 días) MO
OSPOMYV INYECCIÓN 60 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 180 días); ACS
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	
<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 EA 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
<i>teriparatide inyección (marca Alvogen) 560 µg/2.24 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
WYOST INYECCIÓN 120 MG/1.7 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
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
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>deferasirox paquete 180 mg, 360 mg, 90 mg</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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>deferasirox tableta 180 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>kionex suspensión 15 g/60 ml</i>	\$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 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>sodium polystyrene sulfonate polvo</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium polystyrene sulfonate suspensión 15 g/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sps combinación, suspensión 15 g/60 ml, 15 g/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trientine hydrochloride cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ANTICONCEPTIVOS		
<i>afirmelle tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>altavera tableta 30 µg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>alyacen 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>alyacen 7/7/7 tableta 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>amethyst tableta 20 µg; 90 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>apri tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aranelle tableta 0.5 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ashlyna tableta 0.15 mg; 0.01 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aubra eq tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aurovela 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>aviane tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ayuna tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>azurette tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>balziva tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>blisovi 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>blisovi fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>blisovi fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>briellyn tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>camila tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
CAMRESE LO TABLETA 0.1 MG; 0.02 MG; 0.01 MG	\$0 para el Nivel 1	
CAMRESE TABLETA 0.15 MG; 0.03 MG; 0.01 MG	\$0 para el Nivel 1	
<i>charlotte 24 fe tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>chateal eq tableta 30 µg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cryselle-28 tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cryselle tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cyred eq tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>dasetta 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>dasetta 7/7/7 tableta 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>daysee tableta 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>deblitane tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>delyla tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INYECCIÓN 104 MG/0.65 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dolishale tableta 20 µg; 90 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium tableta 3 mg; 0.02 mg; 0.451 mg, 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tableta 3 mg; 0.02 mg, 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>elonest tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>eluryng anillo 0.015 mg/24 horas; 0.12 mg/24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>emzahh tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enilloring anillo 0.015 mg/24 horas; 0.12 mg/24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enskyce tableta 0.15 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>errin tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>estarylla tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol tableta 35 µg; 1 mg, 50 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol anillo 0.015 mg/24 horas; 0.12 mg/24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>falmina tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>feirza 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>feirza 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>finzala tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>galbriela tableta masticable 25 µg; 75 mg; 0.8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>hailey 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hailey 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>hailey fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>hailey fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>haloette anillo 0.015 mg/24 horas; 0.12 mg/24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>heather tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>iclevia tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>incassia tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>introvale tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>isibloom tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>jaimiess tableta 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>jasmiel tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>jencycla</i> tableta 0.35 mg	\$0 para el Nivel 1	
JOLESSA TABLETA 0.03 MG; 0.15 MG	\$0 para el Nivel 1	
<i>juleber</i> tableta 0.15 mg; 30 µg	\$0 para el Nivel 1	
<i>junel</i> 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>junel</i> 1/20 tableta 20 µg; 1 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>junel fe</i> 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>junel fe</i> 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>junel fe</i> 24 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>kaitlib fe</i> tableta masticable 25 µg; 75 mg; 0.8 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>kalliga</i> tableta 0.15 mg; 30 µg	\$0 para el Nivel 1	
<i>kariva</i> tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>kelnor</i> 1/35 tableta 35 µg; 1 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>kurvelo</i> tableta 0.03 mg; 0.15 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>larin</i> 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>larin</i> 1/20 tableta 20 µg; 1 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>larin</i> 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>larin fe</i> 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>larin fe</i> 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>lessina</i> tableta 20 µg; 0.1 mg	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levonest tableta 0.05 mg; 0.075 mg; 0.125 mg; 0.03 mg; 0.04 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tableta 0.1 mg; 0.02 mg; 0.01 mg; 20 µg; 90 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tableta 0.03 mg; 0.15 mg, 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg, 0.15 mg; 0.02 mg; 0.15 mg; 0.02 mg, 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg, 0.05 mg; 0.03 mg; 0.075 mg; 0.04 mg, 0.125 mg; 0.03 mg, 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levora 0.15/30-28 tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
LILETTA DISPOSITIVO INTRAUTERINO 20.1 MG/DÍA	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
<i>lo-zumandimine tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>loestrin 1.5/30-21 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>loestrin 1/20-21 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>loestrin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>loestrin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lojaimiess tableta 0.1 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>loryna tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>low-ogestrel tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>luizza 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>luizza 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lutra tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lyleq tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lyza tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>marlissa tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>medroxyprogesterone acetate inyección 150 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>meleya tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>mibelas 24 fe tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>microgestin 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>microgestin 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>microgestin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>microgestin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>mili tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>mono-linyah tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>necon 0.5/35-28 tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
NEXPLANON INYECCIÓN 68 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
<i>nikki tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
NORA-BE TABLETA 0.35 MG	\$0 para el Nivel 1	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol parche semanal 35 µg/24 horas; 150 µg/24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta 1 mg; 20 µg; 75 mg, 1 mg, 20 µg; 30 µg; 35 µg; 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tableta 20 µg; 1 mg, 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta masticable 35 µg; 0,4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norgestimate/ethinyl estradiol tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg, 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norlyroc tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) tableta 35 µg; 0.5 mg</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 tableta 35 µg; 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nylia 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nylia 7/7/7 tableta 35 µg; 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>orquidea tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>orsythia tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>philith tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>pimtreea tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>portia-28 tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>reclipsen tableta 0.15 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>rosyrah tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.025 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>setlakin tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sharobel tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>simliya tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>simpesse tableta 0.1 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sprintec 28 tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sronyx tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>syeda tableta 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tarina 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tarina fe 1/20 eq tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tilia fe tableta 0.02 mg; 0.03 mg; 0.35 mg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-estarylla tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tri-legest fe tableta 20 µg; 30 µg; 35 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tri-linyah tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-lo-estarylla tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-lo-marzia tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-lo-mili tableta 0.180 mg; 0.215 mg; 0.250 mg; 0.025 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tri-lo-sprintec tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-mili tableta 0.180 mg; 0.215 mg; 0.250 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-sprintec tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-vylibra lo tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tri-vylibra tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>turqoz tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tydemy tableta 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>valtya 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>valtya 1/50 tableta 50 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>velivet tableta 0.1 mg; 0.125 mg; 0.15 mg; 0.025 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>vestura tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>vienva tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>viorele tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>volnea tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>vyfemla tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>vylibra tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>wera tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>wymzya fe tableta masticable 35 µg; 0.4 mg; 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>xarah fe tableta 20 µg; 30 µg; 35 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>xelria fe tableta masticable 35 µg; 75 mg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>xulane parche semanal 35 µg/24 h; 150 µg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>zafemy parche semanal 35 µg/24 h; 150 µg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>zovia 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zumandimine tableta 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
ESTRÓGENOS		
<i>abigale lo tableta 0.5 mg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>abigale tableta 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>conjugated estrogens tableta 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dotti parche dos veces por semana 0.025 mg/24 h, 0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días)
DUAVEE TABLETA 20 MG; 0.45 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol valerate inyección 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol/norethindrone acetate tableta 0.5 mg; 0.1 mg, 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol crema 0.1 mg/g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol parche dos veces por semana 0.025 mg/24 h, 0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>estradiol parche semanal 0.025 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.06 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h, 37.5 µg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>estradiol tableta oral 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol vaginal tableta 10 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ESTRING ANILLO 7.5 MG/24 H	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 90 días) MO
<i>fyavolv tableta 2.5 µg; 0.5 mg, 5 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>jinteli tableta 5 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lyllana parche dos veces por semana 0.025 mg/24 h, 0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días)
<i>mimvey tableta 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tableta 2.5 µg; 0.5 mg, 5 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PREMARIN CREMA 0.625 MG/G	\$0 para el Nivel 1	MO
PREMARIN INYECCIÓN 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
PREMARIN TABLETA 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
PREMPRO TABLETA 0.3 MG; 1.5 MG, 0.45 MG; 1.5 MG, 0.625 MG; 2.5 MG, 0.625 MG; 5 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>yuvafem tableta 10 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
GLUCOCORTICOIDES		
DEXAMETHASONE INTENSOL CONCENTRADO 1 MG/ML	\$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>dexamethasone elixir 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dexamethasone solución 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dexamethasone tableta 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fludrocortisone acetate tableta 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone sodium succinate inyección 100 mg</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 acetate inyección 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylprednisolone paq. de dosis tableta paq. de tratamiento 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inyección 1000 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>methylprednisolone tableta 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</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
<i>prednisolone solución 15 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
PREDNISONO INTENSOL CONCENTRADO 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisone solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisone tableta paq. de tratamiento 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>prednisone tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 20 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
SOLU-CORTEF INYECCIÓN 1000 MG, 100 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide inyección 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
AGENTES HIPERGLUCEMIANTES		
<i>diazoxide suspensión 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ZEGALOGUE INYECCIÓN 0.6 MG/0.6 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine inyección 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>betaine anhydrous polvo 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>cabergoline tableta 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carglumic acid tableta soluble 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
CERDELGA CÁPSULA 84 MG	\$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 CÁPSULA 150 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>desmopressin acetate inyección 4 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>desmopressin acetate solución nasal 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>desmopressin acetate tableta 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fomepizole inyección 1.5 g/1.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
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
GENOTROPIN INYECCIÓN 12 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
INCRELEX INYECCIÓN 40 MG/4 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>javygtor paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>javygtor tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>levocarnitine inyección 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levocarnitine solución oral 1 g/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levocarnitine tableta 330 mg</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 tableta 0.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>methylergonovine maleate tableta 0.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mifepristone tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>nitisinona cápsula 10 mg, 20 mg, 2 mg, 5 mg</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 tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
REVCovi INYECCIÓN 2.4 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
REZDIFFRA TABLETA 100 MG; 60 MG; 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>sapropterin dihydrochloride paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>sapropterin dihydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
SIGNIFOR INYECCIÓN 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>sodium phenylbutyrate polvo 3 g/cdta.</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>sodium phenylbutyrate tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SOMATULINE DEPOT INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML, 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
SOMAVERT INYECCIÓN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
SYNAREL SOLUCIÓN 2 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tolvaptan tableta paq. de tratamiento 15 mg; 15 mg, 30 mg; 15 mg, 45 mg; 15 mg, 60 mg; 30 mg, 90 mg; 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>tolvaptan (genérico de Jynarque) tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
VEOZAH TABLETA 45 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>zelvysia paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
PROGESTINAS		
<i>gallifrey tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<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 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>progesterone inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
AGENTES TIROIDEOS		
<i>levo-t tableta 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 300 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/ML, 500 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 200 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levothyroxine sodium tableta 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 300 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levoxyl tableta 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>liomny tableta 25 µg, 50 µg, 5 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>liothyronine sodium inyección 10 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>liothyronine sodium tableta 25 µg, 50 µg, 5 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methimazole tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propylthiouracil tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
SYNTHROID TABLETA 100 MG, 112 MG, 125 MG, 137 MG, 150 MG, 175 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG, 88 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>unithroid tableta 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 300 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>unithroid tabs. 100 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D		
<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 4 µg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>paricalcitol cápsula 1 µg, 2 µg, 4 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>paricalcitol inyección 2 µg/ml, 5 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
GASTROINTESTINALES		
ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant cápsula paq. de tratamiento</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>aprepitant cápsula 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 supositorio 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
DIMENHYDRINATE INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>dronabinol cápsula 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
EMEND SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 125 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>granisetron hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) B/D MO
<i>meclizine hcl tableta 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>meclizine hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>meclizine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>metoclopramide hcl solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide hydrochloride inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide tabs. bucodispersables que se desintegran 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ondansetron hcl solución 4 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) B/D MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ondansetron hcl tableta 24 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>ondansetron hydrochloride inyección 40 mg/20 ml, 4 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ondansetron hydrochloride tableta 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>ondansetron tabs. bucodispersables que se desintegran 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prochlorperazine edisylate inyección 10 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>prochlorperazine maleate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>prochlorperazine supositorio 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>promethazine hcl inyección 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethazine hcl supositorio 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride solución simple 6.25 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride solución 6.25 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>promethazine hydrochloride supositorio 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride tableta 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</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
<i>scopolamine parche 72 horas 1 mg/3 días</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimethobenzamide hydrochloride cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dicyclomine hydrochloride cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride inyección 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml, 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>glycopyrrolate solución oral 1 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>glycopyrrolate tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methscopolamine bromide tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2		
<i>cimetidine tableta 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>famotidine premixed inyección 0.4 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>famotidine inyección 200 mg/20 ml, 20 mg/2 ml, 40 mg/4 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>famotidine suspensión reconstituida 40 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>famotidine tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nizatidine cápsula 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium cápsula 750 mg</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
<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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mesalamine dr cápsula de liberación retardada 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mesalamine dr tableta de liberación retardada 1.2 g, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mesalamine enema 4 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mesalamine kit 4 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mesalamine supositorio 1000 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfasalazine tableta de liberación retardada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfasalazine tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LAXANTES		
<i>CLENPIQ SOLUCIÓN 12 G/175 ML; 3.5 G/175 ML, 10 MG/175 ML</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>constulose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>enuose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gavilyte-c solución reconstituida 240 g; 2.98 g; 6.72 g; 5.84 g; 22.72 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gavilyte-g solución reconstituida 236 g; 2.97 g; 6.74 g; 5.86 g; 22.74 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gavilyte-n/paquete saborizado solución reconstituida 420 g; 1.48 g; 5.72 g; 11.2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>generlac solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>kristalose paquete 10 g, 20 g</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>lactulose paquete 10 g, 20 g</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>lactulose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>peg-3350/electrolytes solución reconstituida 236 g; 2.97 g; 6.74 g; 5.86 g; 22.74 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solución reconstituida 420 g; 1.48 g; 5.72 g; 11.2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PLENVU SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 7.54 G; 140 G; 2.2 G; 48.11 G; 5.2 G; 9 G	\$0 para el Nivel 1	MO
SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/MAGNESIUM SULFATE SOLUCIÓN 1.6 G/177 ML; 3.13 G/177 ML; 17.5 G/177 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL SOLUCIÓN 1.6 G/177 ML; 3.13 G/177 ML; 17.5 G/177 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
SUTAB TABLETA 225 MG; 188 MG; 1479 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
VARIOS		
<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 CÁPSULA PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA 12000 UNIDADES; 24000 UNIDADES; 76000 UNIDADES, 15000 UNIDADES; 3000 UNIDADES; 9500 UNIDADES, 18000 UNIDADES; 36000 UNIDADES; 114000 UNIDADES, 30000 UNIDADES; 6000 UNIDADES; 19000 UNIDADES, 60000 UNIDADES; 12000 UNIDADES; 38000 UNIDADES	\$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 0.025 mg; 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>diphenoxylate/atropine líquido 0.025 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
GATTEX INYECCIÓN 5 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LINZESS CÁPSULA 145 MG, 290 MG, 72 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loperamide hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lubiprostone capsule 24 µg, 8 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>misoprostol tableta 100 µg, 200 µg</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
<i>sucrafate suspensión 1 g/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sucrafate tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ursodiol cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ursodiol tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VOQUEZNA DUAL PAQ. DE TRATAMIENTO 500 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (224 EA por 365 días) PA MO
VOQUEZNA TRIPLE PAQUETE DE TRATAMIENTO 500 MG; 500 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (224 EA por 365 días) PA MO
VOWST CÁPSULA	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
XERMELO TABLETA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
XIFAXAN TABLETA 550 MG	\$0 para el Nivel 1	PA MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZENPEP CÁPSULA CON PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA 105000 UNIDADES; 25000 UNIDADES; 79000 UNIDADES, 14000 UNIDADES; 3000 UNIDADES; 10000 UNIDADES, 168000 UNIDADES; 40000 UNIDADES; 126000 UNIDADES, 24000 UNIDADES; 5000 UNIDADES; 17000 UNIDADES, 252600 UNIDADES; 60000 UNIDADES; 189600 UNIDADES, 42000 UNIDADES; 10000 UNIDADES; 32000 UNIDADES, 63000 UNIDADES; 15000 UNIDADES; 47000 UNIDADES, 84000 UNIDADES; 20000 UNIDADES; 63000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	MO
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole cápsula de liberación retardada 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole magnesium cápsula de liberación retardada 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole sodium inyección 40 mg</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 dr cápsula de liberación prolongada 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole cápsula de liberación retardada 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium inyección 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación retardada 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 tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GENITOURINARIOS		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
<i>alfuzosin hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride cápsula 0.5 mg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride cápsula 0.5 mg</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 cápsula 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>tadalafil (Cialis genérico) tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>tamsulosin hydrochloride cápsula 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
<i>acetic acid 0.25 % solución 0.25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bethanechol chloride tableta 10 mg, 25 mg, 50 mg, 5 mg</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
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS		
<i>fesoterodine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
GEMTESA TABLETA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
MYRBETRIQ SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA ER 8 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 28 días) MO
MYRBETRIQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 25 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML 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>solifenacin succinate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tropium chloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tropium chloride tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole gel vaginal 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>miconazole 3 supositorio 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terconazole crema 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terconazole supositorio 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
<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 DE TRATAMIENTO 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (74 EA por 30 días) MO
ELIQUIS CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 0.15 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 21 días)

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 0.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (588 EA por 29 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 1.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (591 EA por 29 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (592 EA por 30 días)
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 inyección 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 300 mg/3 ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</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
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 INYECCIÓN 5 %; 100 UNIDADES/ML, 5 %; 25000 UNIDADES/500 ML, 5 %; 40 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE INYECCIÓN 5 %; 25000 UNIDADES/250 ML	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 % INYECCIÓN 12500 UNIDADES/250 ML; 0.45 %, 25000 UNIDADES/250 ML; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 25000 UNIDADES/250 ML; 0.45 %, 25000 UNIDADES/500 ML; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM INYECCIÓN 5000 UNIDADES/0.5 ML, 5000 UNIDADES/ML PF	\$0 para el Nivel 1	
<i>heparin sodium inyección 10000 unidades/ml, 1000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/0.5 ml pf, 5000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>jantoven tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>rivaroxaban suspensión reconstituida 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (620 ML por 30 días) MO
<i>rivaroxaban tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>warfarin sodium tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
XARELTO PAQ. INICIAL TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 15 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (51 EA por 30 días) MO
XARELTO SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 1 MG/ML	\$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
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO		
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 INYECCIÓN 300 MG/0.5 ML, 480 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
VARIOS		
ALVAIZ TABLETA 54 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
ALVAIZ TABLETA 18 MG, 36 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>anagrelide hydrochloride cápsula 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BERINERT INYECCIÓN 500 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	QL (24 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>cilostazol tableta 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DOPTELET CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
DOPTELET TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
DROXIA CÁPSULA 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 para el Nivel 1	PA MO
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 inyección 30 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (27 ML por 30 días) PA; ACS
<i>l-glutamine paq. 5 g</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>pentoxifylline er tableta de liberación prolongada 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sajazir inyección 30 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (27 ML por 30 días) PA; LD
SIKLOS TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	PA MO
SIKLOS TABLETA 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	PA MO
TAVNEOS CÁPSULA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>tranexamic acid/sodium chloride inyección 0.7 %; 1000 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tranexamic acid inyección 1000 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tranexamic acid tableta 650 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole er cápsula de liberación prolongada 12 horas 25 mg; 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) 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 EA por 365 días) MO
<i>dipyridamole tableta 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>prasugrel hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ticagrelor tableta 60 mg, 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AGENTES AUTOINMUNITARIOS		
ADALIMUMAB-BWWD INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
BIMZELX INYECCIÓN 160 MG/ML, 320 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4 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 MINI INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL SURECLICK INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML, 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
HADLIMA PUSH TOUCH INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA PUSH TOUCH INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (44.8 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (44.8 ML por 365 días) PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA INYECCIÓN 10 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (26 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 20 MG/0.2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (52 EA por 365 días) PA; ACS
KINERET INYECCIÓN 100 MG/0.67 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (18.76 ML por 28 días) PA; LD
PYZCHIVA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
RINVOQ LQ SOLUCIÓN 1 MG/ML	\$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 INYECCIÓN 150 MG/ML	\$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 600 MG/10 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 365 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
SOTYKTU TABLETA 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
STELARA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TREMFYA PAQ. DE INDUCCIÓN PARA ENFERMEDAD DE CROHN/COLITIS ULCEROSA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA PEN INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/20 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (20 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIÓN 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
USTEKINUMAB INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
USTEKINUMAB INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
USTEKINUMAB INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
VELSIPITY TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
XELJANZ XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 11 MG, 22 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
XELJANZ SOLUCIÓN 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 24 días) PA; ACS
XELJANZ TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)		
<i>hydroxychloroquine sulfate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
JYLAMVO SOLUCIÓN 2 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>leflunomide tableta 10 mg, 20 mg</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 SOLUCIÓN 2.5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
INMUNOGLOBULINAS		
GAMASTAN INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	B/D; ACS LD
GAMMAKED INYECCIÓN 10 G/100 ML, 1 G/10 ML, 20 G/200 ML, 5 G/50 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
GAMUNEX-C INYECCIÓN 10 G/100 ML, 1 G/10 ML, 2.5 G/25 ML, 20 G/200 ML, 40 G/400 ML, 5 G/50 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
OCTAGAM INYECCIÓN 10 G/100 ML, 10 G/200 ML, 2.5 G/50 ML, 20 G/200 ML, 2 G/20 ML, 30 G/300 ML, 5 G/100 ML, 5 G/50 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
PRIVIGEN INYECCIÓN 10 G/100 ML, 20 G/200 ML, 40 G/400 ML, 5 G/50 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE INYECCIÓN 100 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ARCALYST INYECCIÓN 220 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
INMUNOSUPRESORES		
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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AZATHIOPRINE INYECCIÓN 100 MG	\$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 modified cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>cyclosporine modified solución 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>cyclosporine cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>everolimus tableta 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>everolimus tableta 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>gengraf cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil suspensión reconstituida 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>mycophenolic acid dr tableta de liberación retardada 180 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
NULOJIX INYECCIÓN 250 MG	\$0 para el Nivel 1	B/D
PROGRAF PAQ. 0.2 MG, 1 MG	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
REZUROCK TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
<i>sirolimus solución 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>sirolimus tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tacrolimus cápsula 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
VACUNAS		
ABRYSVO INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 999 días) PA
ACTHIB INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
ADACEL INYECCIÓN 2 LF/0.5 ML; 15.5 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
AREXVY INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 999 días) PA
BCG VACUNA INYECCIÓN 50 MG	\$0 para el Nivel 1	
BEXSERO INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
BOOSTRIX INYECCIÓN 2.5 LF/0.5 ML; 18.5 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
DAPTACEL INYECCIÓN 15 LF/0.5 ML; 23 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
DENG VAXIA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
ENGERIX-B INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
GARDASIL 9 INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
HAVRIX INYECCIÓN 1440 UNIDADES/ML, 720 ELU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
HEPLISAV-B INYECCIÓN 20 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
HIBERIX INYECCIÓN 10 MG	\$0 para el Nivel 1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INYECCIÓN 2.5 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
INFANRIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
IPOL INACTIVADA IPV INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IXIARO INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
JYNNEOS INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
KINRIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
M-M-R II INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
MENQUADFI INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
MENVEO INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
MRESVIA INYECCIÓN 50 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 999 días) PA
PEDIARIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 10 MG/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
PEDVAX HIB INYECCIÓN 7.5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
PENBRAYA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
PENMENVY INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
PENTACEL INYECCIÓN 15 LFU/0.5 ML; 48 MG/0.5 ML; 5 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
PRIORIX INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
PROQUAD INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
QUADRACEL INYECCIÓN 15 LFU/0.5 ML; 48 MG/0.5 ML; 5 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
RABAVERT INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	B/D
RECOMBIVAX HB INYECCIÓN 10 MG/ML, 40 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
ROTARIX SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	
ROTATEQ SOLUCIÓN	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SHINGRIX JERINGA PRECARGADA INYECTABLE 50 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 999 días)
INYECCIÓN EN VIAL SHINGRIX 50 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 999 días)
TENIVAC INYECCIÓN 2 LFU; 5 LFU	\$0 para el Nivel 1	
TICOVAC INYECCIÓN 1.2 MG/0.25 ML, 2.4 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
TRUMENBA INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
TWINRIX INYECCIÓN 720 ELU/ML; 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
TYPHIM VI INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
VAQTA INYECCIÓN 25 UNIDADES/0.5 ML, 50 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	
VARIVAX INYECCIÓN 1350 PFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
VAXCHORA SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	
VIMKUNYA INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 1	
VIVOTIF CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	\$0 para el Nivel 1	MO
YF-VAX INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	

COMPLEMENTOS NUTRICIONALES***ELECTROLITOS/MINERALES, INYECTABLES***

DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE N.º 48 VIAFLEX INYECCIÓN 24 MEQ/L; 5 %; 23 MEQ/L; 3 MEQ/L; 3 MEQ/L; 20 MEQ/L; 25 MEQ/L	\$0 para el Nivel 1
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 % INYECCIÓN 10 %; 0.2 %	\$0 para el Nivel 1
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 10 %; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1
DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 2.5 %; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS INYECCIÓN 2.7 MEQ/L; 109 MEQ/L; 5 %; 28 MEQ/L; 4 MEQ/L; 130 MEQ/L	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 % INYECCIÓN 5 %; 0.2 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 % inyección 5 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.33 % INYECCIÓN 5 %; 0.33 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 % INYECCIÓN 5 %; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dextrose/sodium chloride inyección 5 %; 0.225 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5 % INYECCIÓN 23 MEQ/L; 23 MEQ/L; 5 %; 3 MEQ/L; 3 MEQ/L; 20 MEQ/L; 25 MEQ/L	\$0 para el Nivel 1	
ISOLYTE-S PH 7.4 INYECCIÓN 27 MEQ/1000 ML; 98 MEQ/1000 ML; 23 MEQ/1000 ML; 3 MEQ/1000 ML; 1 MEQ/1000 ML; 5 MEQ/1000 ML; 141 MEQ/1000 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
ISOLYTE-S INYECCIÓN 27 MEQ/L; 98 MEQ/L; 23 MEQ/L; 3 MEQ/L; 5 MEQ/L; 140 MEQ/L	\$0 para el Nivel 1	B/D
KCL 0.075 %/D5W/NACL 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 10 MEQ/L; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.2 % INYECCIÓN 5 %; 20 MEQ/L; 0.2 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 20 MEQ/L; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.9 % INYECCIÓN 5 %; 20 MEQ/L; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 40 MEQ/L; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.9 % INYECCIÓN 5 %; 40 MEQ/L; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lactated ringers inyección 3 meq/l; 109 meq/l; 28 meq/l; 4 meq/l; 130 meq/l</i>	\$0 para el Nivel 1	
MAGNESIUM SULFATE INYECCIÓN 20 G/500 ML, 40 G/1000 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>magnesium sulfate inyección 2 g/50 ml, 3 g/100 ml, 4 g/100 ml, 4 g/50 ml, 50 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>inyección de electrolitos múltiples tipo 1: 27 meq/l, 98 meq/l, 23 meq/l, 3 meq/l, 5 meq/l, 140 meq/l</i>	\$0 para el Nivel 1	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 5 %; 0.15 %; 0.225 %, 5 %; 10 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 20 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 20 MEQ/L; 0.9 %, 5 %; 30 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 40 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 40 MEQ/L; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE INYECCIÓN 5 %; 10 MEQ/L, 5 %; 20 MEQ/L	\$0 para el Nivel 1	
<i>potassium chloride/sodium chloride inyección 20 meq/l; 0.45 %, 20 meq/l; 0.9 %, 40 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 4.5 MEQ/L; 156 MEQ/L; 4 MEQ/L; 147 MEQ/L	\$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 0.45 % inyección 0.45 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 2.5 MEQ/ML, 5 %	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium chloride inyección 0.9 %, 3 %, 4 meq/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TPN ELECTROLYTES INYECCIÓN 29.5 MEQ/20 ML; 4.5 MEQ/20 ML; 35 MEQ/20 ML; 5 MEQ/20 ML; 20 MEQ/20 ML; 35 MEQ/20 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL</i>		
<i>effer-k tableta efervescente 25 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluoride tableta masticable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con 10 tableta de liberación prolongada 10 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>klor-con 8 tableta de liberación prolongada 8 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con m10 tableta de liberación prolongada 10 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con m15 tableta de liberación prolongada 15 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con m20 tableta de liberación prolongada 20 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con/ef tableta efervescente 25 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con paquete 20 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	
M-NATAL PLUS TABLETA 120 MG; 200 MG; 400 UNIDADES; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 4000 UNIDADES; 3 MG; 1.84 MG; 22 UNIDADES; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>multi vitamin/fluoride tableta masticable 60 mg; 400 unidades; 4.5 µg; 0.3 mg; 13.5 mg; 1.05 mg; 1.2 mg; 1 mg; 1.05 mg; 15 unidades; 2500 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multi-vitamin/fluoride gotas suspensión 35 mg/ml; 400 unidades/ml; 2 µg/ml; 0.25 mg/ml; 8 mg/ml; 0.4 mg/ml; 1500 unidades/ml; 0.6 mg/ml; 0.5 mg/ml; 5 unidades/ml, 35 mg/ml; 400 unidades/ml; 2 µg/ml; 8 mg/ml; 0.4 mg/ml; 1500 unidades/ml; 0.6 mg/ml; 0.5 mg/ml; 0.5 mg/ml; 5 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>multi-vitamin/fluoride/iron solución 35 mg/ml; 400 unidades/ml; 10 mg/ml; 8 mg/ml; 0.4 mg/ml; 1500 unidades/ml; 0.6 mg/ml; 0.25 mg/ml; 0.5 mg/ml; 5 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>multivitamin/fluoride tableta masticable 60 mg; 4.5 µg; 300 µg; 13.5 mg; 1.05 mg; 1.2 mg; 0.25 mg; 1.05 mg; 2500 unidades, 400 unidades; 15 unidades, 60 mg; 4.5 µg; 300 µg; 13.5 mg; 1.05 mg; 1.2 mg; 0.5 mg; 1.05 mg; 2500 unidades; 400 unidades; 15 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NEONATAL PLUS TABLETA 20 MG; 0.2 MG; 200 MG; 10 MG; 2 MG; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1000 MG; 5 MG; 20 MG; 10 MG; 1200 MG; 3 MG; 1.84 MG; 9.2 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
NIVA-PLUS TABLETA 120 MG; 200 MG; 400 UNIDADES; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 4000 UNIDADES; 3 MG; 1.84 MG; 22 UNIDADES; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN TABLETA 120 MG; 200 MG; 400 UNIDADES; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 4000 UNIDADES; 3 MG; 1.84 MG; 22 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium chloride er cápsula de liberación prolongada 10 meq, 8 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium chloride er tableta de liberación prolongada 10 meq, 15 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
<i>potassium chloride solución oral 10 %, 20 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRENATAL PLUS VITAMINA Y MINERALES TABLETA 120 MG; 200 MG; 12 MG; 2 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 3 MG; 1.84 MG; 1200 MG; 10 MG; 9.9 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
TABLETA PRENATAL 120 MG; 200 MG; 10 MG; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 1200 MG; 3 MG; 1.84 MG; 10 MG; 25 MG	\$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 solución 35 mg/ml; 0.25 mg/ml; 1500 unidades/ml; 400 unidades/ml, 35 mg/ml; 0.5 mg/ml; 1500 unidades/ml; 400 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
WESTAB PLUS TABLETA 120 MG; 200 MG; 10 MG; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 3 MG; 1.84 MG; 9.9 MG; 1200 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
NUTRICIÓN INTRAVENOSA		
AMINOSYN II INYECCIÓN 107.6 MEQ/L; 1490 MG/100 ML; 1527 MG/100 ML; 1050 MG/100 ML; 1107 MG/100 ML; 750 MG/100 ML; 450 MG/100 ML; 990 MG/100 ML; 1500 MG/100 ML; 1575 MG/100 ML; 258 MG/100 ML; 405 MG/100 ML; 447 MG/100 ML; 1083 MG/100 ML; 795 MG/100 ML; 50 MEQ/L; 600 MG/100 ML; 300 MG/100 ML; 750 MG/100 ML, 993 MG/100 ML; 1018 MG/100 ML; 700 MG/100 ML; 738 MG/100 ML; 500 MG/100 ML; 300 MG/100 ML; 660 MG/100 ML; 1000 MG/100 ML; 1050 MG/100 ML; 172 MG/100 ML; 270 MG/100 ML; 298 MG/100 ML; 722 MG/100 ML; 530 MG/100 ML; 400 MG/100 ML; 200 MG/100 ML; 500 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOSYN-PF 7 % INYECCIÓN 32.5 MEQ/L; 490 MG/100 ML; 861 MG/100 ML; 370 MG/100 ML; 576 MG/100 ML; 270 MG/100 ML; 220 MG/100 ML; 534 MG/100 ML; 831 MG/100 ML; 475 MG/100 ML; 125 MG/100 ML; 300 MG/100 ML; 570 MG/100 ML; 347 MG/100 ML; 50 MG/100 ML; 360 MG/100 ML; 125 MG/100 ML; 44 MG/100 ML; 452 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
AMINOSYN-PF INYECCIÓN 46 MEQ/L; 698 MG/100 ML; 1227 MG/100 ML; 527 MG/100 ML; 820 MG/100 ML; 385 MG/100 ML; 312 MG/100 ML; 760 MG/100 ML; 1200 MG/100 ML; 677 MG/100 ML; 180 MG/100 ML; 427 MG/100 ML; 812 MG/100 ML; 495 MG/100 ML; 70 MG/100 ML; 512 MG/100 ML; 180 MG/100 ML; 44 MG/100 ML; 673 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 10 % INYECCIÓN 37 MEQ/L; 880 MG/100 ML; 489 MG/100 ML; 17 MEQ/L; 10 G/100 ML; 438 MG/100 ML; 204 MG/100 ML; 255 MG/100 ML; 311 MG/100 ML; 247 MG/100 ML; 170 MG/100 ML; 238 MG/100 ML; 289 MG/100 ML; 213 MG/100 ML; 179 MG/100 ML; 77 MG/100 ML; 17 MG/100 ML; 247 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 5 % INYECCIÓN 37 MEQ/L; 880 MG/100 ML; 489 MG/100 ML; 17 MEQ/L; 5 G/100 ML; 438 MG/100 ML; 204 MG/100 ML; 255 MG/100 ML; 311 MG/100 ML; 247 MG/100 ML; 170 MG/100 ML; 238 MG/100 ML; 289 MG/100 ML; 213 MG/100 ML; 179 MG/100 ML; 77 MG/100 ML; 17 MG/100 ML; 247 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 15 % INYECCIÓN 42 MEQ/1000 ML; 1035 MG/100 ML; 575 MG/100 ML; 20 MEQ/1000 ML; 15 G/100 ML; 515 MG/100 ML; 240 MG/100 ML; 300 MG/100 ML; 365 MG/100 ML; 290 MG/100 ML; 200 MG/100 ML; 280 MG/100 ML; 340 MG/100 ML; 250 MG/100 ML; 210 MG/100 ML; 90 MG/100 ML; 20 MG/100 ML; 290 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 20 % INYECCIÓN 42 MEQ/L; 1035 MG/100 ML; 575 MG/100 ML; 20 MEQ/L; 20 G/100 ML; 515 MG/100 ML; 240 MG/100 ML; 300 MG/100 ML; 365 MG/100 ML; 290 MG/100 ML; 200 MG/100 ML; 280 MG/100 ML; 340 MG/100 ML; 250 MG/100 ML; 210 MG/100 ML; 90 MG/100 ML; 20 MG/100 ML; 290 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 6/5 INYECCIÓN 1242 MG/100 ML; 690 MG/100 ML; 5 G/100 ML; 618 MG/100 ML; 288 MG/100 ML; 360 MG/100 ML; 438 MG/100 ML; 348 MG/100 ML; 240 MG/100 ML; 336 MG/100 ML; 408 MG/100 ML; 300 MG/100 ML; 252 MG/100 ML; 108 MG/100 ML; 24 MG/100 ML; 348 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLINIMIX 8/10 INYECCIÓN 1656 MG/100 ML; 920 MG/100 ML; 10 G/100 ML; 824 MG/100 ML; 384 MG/100 ML; 480 MG/100 ML; 584 MG/100 ML; 464 MG/100 ML; 320 MG/100 ML; 448 MG/100 ML; 544 MG/100 ML; 400 MG/100 ML; 336 MG/100 ML; 144 MG/100 ML; 32 MG/100 ML; 464 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 8/14 INYECCIÓN 1656 MG/100 ML; 920 MG/100 ML; 14 G/100 ML; 824 MG/100 ML; 384 MG/100 ML; 480 MG/100 ML; 584 MG/100 ML; 464 MG/100 ML; 320 MG/100 ML; 448 MG/100 ML; 544 MG/100 ML; 400 MG/100 ML; 336 MG/100 ML; 144 MG/100 ML; 32 MG/100 ML; 464 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>clinisol sf 15 % inyección 151 meq/l; 2170 mg/100 ml; 1470 mg/100 ml; 434 mg/100 ml; 749 mg/100 ml; 1040 mg/100 ml; 894 mg/100 ml; 749 mg/100 ml; 1040 mg/100 ml; 1180 mg/100 ml; 749 mg/100 ml; 1040 mg/100 ml; 894 mg/100 ml; 592 mg/100 ml; 749 mg/100 ml; 250 mg/100 ml; 39 mg/100 ml; 960 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
CLINOLIPID INYECCIÓN 1.2 G/100 ML; 2.25 G/100 ML; 16 G/100 ML; 4 G/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>dextrose 10 % inyección 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 30 % INYECCIÓN 30 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>dextrose 5 % inyección 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DEXTROSE 50 % INYECCIÓN 50 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
DEXTROSE 70 % INYECCIÓN 70 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
DEXTROSE INYECCIÓN 20 %, 40 %	\$0 para el Nivel 1	B/D



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GLUCOSE (DEXTROSE) 50 % INYECCIÓN 50 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
GLUCOSE (DEXTROSE) 70 % INYECCIÓN 70 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
NUTRILIPID INYECCIÓN 20 G/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>plenamine inyección 147.4 meq/l; 2.17 g/100 ml; 1.47 g/100 ml; 434 mg/100 ml; 749 mg/100 ml; 1.04 g/100 ml; 894 mg/100 ml; 749 mg/100 ml; 1.04 g/100 ml; 1.18 g/100 ml; 749 mg/100 ml; 1.04 g/100 ml; 894 mg/100 ml; 592 mg/100 ml; 749 mg/100 ml; 250 mg/100 ml; 39 mg/100 ml; 960 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
PREMASOL INYECCIÓN 52 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 880 MG/100 ML; 34 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 372 MG/100 ML; 406 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 390 MG/100 ML; 34 MG/100 ML; 152 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
PROSOL INYECCIÓN 140 MEQ/100 ML; 2.76 G/100 ML; 1.96 G/100 ML; 600 MG/100 ML; 1.02 G/100 ML; 2.06 G/100 ML; 1.18 G/100 ML; 1.08 G/100 ML; 1.08 G/100 ML; 1.35 G/100 ML; 760 MG/100 ML; 1 G/100 ML; 1.34 G/100 ML; 1.02 G/100 ML; 980 MG/100 ML; 320 MG/100 ML; 50 MG/100 ML; 1.44 G/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
TRAVASOL INYECCIÓN 52 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 880 MG/100 ML; 34 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 372 MG/100 ML; 406 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 500 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 390 MG/100 ML; 34 MG/100 ML; 152 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TROPHAMINE INYECCIÓN 0.54 G/100 ML; 1.2 G/100 ML; 0.32 G/100 ML; 0.5 G/100 ML; 0.36 G/100 ML; 0.48 G/100 ML; 0.82 G/100 ML; 1.4 G/100 ML; 1.2 G/100 ML; 0.34 G/100 ML; 0.48 G/100 ML; 0.68 G/100 ML; 0.38 G/100 ML; 5 MEQ/L; 0.025 G/100 ML; 0.42 G/100 ML; 0.2 G/100 ML; 0.24 G/100 ML; 0.78 G/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
OFTÁLMICO		
ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS		
<i>loteprednol etabonate/tobramycin suspensión 0.5 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>neo-polycin hc pomada 400 unidades/g; 1 %; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone pomada 400 unidades/g; 1 %; 0.5 %; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone pomada 0.1 %; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone suspensión 0.1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</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 solución 0.23 %; 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TOBRADEX ST SUSPENSIÓN 0.05 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	MO
TOBRADEX POMADA 0.1 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tobramycin/dexamethasone suspensión 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ZYLET SUSPENSIÓN 0.5 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTIINFECCIOSOS		
<i>bacitracin/polymyxin b pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bacitracin pomada 500 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BESIFLOXACIN HYDROCHLORIDE SUSPENSION AL 0.6 %	\$0 para el Nivel 1	MO
BESIVANCE SUSPENSIÓN 0.6 %	\$0 para el Nivel 1	MO
CILOXAN POMADA 0.3 %	\$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 solución 0.5 %</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 SUSPENSIÓN 5 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>neo-polycin pomada 400 unidades/g; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin pomada 400 unidades/g; 5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin solución 0.025 mg/ml; 1.75 mg/ml; 10000 unidades/ml</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 pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solución 10000 unidades/ml; 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfacetamide sodium pomada 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sulfacetamide sodium solución 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>tobramycin solución 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>trifluridine solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
XDEMVY SOLUCIÓN 0.25 %	\$0 para el Nivel 1	QL (10 ML por 42 días) PA; ACS LD
ZIRGAN GEL 0.15 %	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTIINFLAMATORIOS		
<i>bromfenac sodium solución 0.07 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bromfenac sodium solución 0.075 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bromfenac solución 0.09 %</i>	\$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 emulsión 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FLAREX SUSPENSIÓN 0.1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluorometholone suspensión 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>flurbiprofen sodium solución 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 SM GEL 0.38 %	\$0 para el Nivel 1	MO
LOTEMAX POMADA 0.5 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>loteprednol etabonate gel 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loteprednol etabonate suspensión 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>loteprednol etabonate suspensión 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>prednisolone acetate suspensión 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cromolyn sodium solución 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>epinastine hcl solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ZERVIAE SOLUCIÓN 0.24 %	\$0 para el Nivel 1	
ANTIGLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate solución 0.2 %; 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>brimonidine tartrate solución 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>brimonidine tartrate solución 0.15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>brinzolamide suspensión 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carteolol hcl solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
COMBIGAN SOLUCIÓN 0.2 %; 0.5 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate solución 22.3 mg/ml; 6.8 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf solución 2 %; 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dorzolamide hydrochloride solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>latanoprost solución 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levobunolol hcl solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LUMIGAN SOLUCIÓN 0.01 %	\$0 para el Nivel 1	MO
PHOSPHOLINE IODIDE SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 0.125 %	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
<i>pilocarpine hcl solución 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pilocarpine hydrochloride solución 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
RHOPRESSA SOLUCIÓN 0.02 %	\$0 para el Nivel 1	MO
ROCKLATAN SOLUCIÓN 0.005 %; 0.02 %	\$0 para el Nivel 1	MO
SIMBRINZA SUSPENSIÓN 0.2 %; 1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>timolol maleate gel oftálmico formador de gel solución formadora 0.25 %, 0.5 %</i>	\$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 solución 0.004 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VYZULTA SOLUCIÓN 0.024 %	\$0 para el Nivel 1	MO
VARIOS		
<i>atropine sulfate solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CYSTARAN SOLUCIÓN 0.44 %	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
EYSUVIS SUSPENSIÓN 0.25 %	\$0 para el Nivel 1	MO
MIEBO SOLUCIÓN 1.338 G/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>proparacaine hcl solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
RESTASIS MULTIDOSE EMULSIÓN 0.05 %	\$0 para el Nivel 1	QL (5.5 ML por 30 días) MO
RESTASIS EMULSIÓN 0.05 %	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
XIIDRA SOLUCIÓN 5 %	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ÓTICOS		
AGENTES ÓTICOS		
<i>acetic acid solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CIPRO HC SUSPENSIÓN 0.2 %; 1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride/hydrocortisone suspensión 0.2 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin/dexamethasone suspensión 0.3 %; 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin solución 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>flac aceite 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluocinolone acetonide aceite 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone/acetic acid solución 2 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/hc solución 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	-------------------------------	---

RESPIRATORIOS**COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS/BETA AGONISTAS**

ANORO ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 62.5 MG/PULVERIZACIÓN; 25 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
BEVESPI AEROSPHERE AEROSOL 4.8 MG/PULVERIZACIÓN; 9 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (10.7 G por 30 días) MO
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160 MG/PULVERIZACIÓN; 4.8 MG/PULVERIZACIÓN; 9 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (10.7 G por 30 días) MO
COMBIVENT RESPIMAT SOLUCIÓN EN AEROSOL 100 MG/PULVERIZACIÓN; 20 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (8 G por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate solución 2.5 mg/3 ml; 0.5 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/PULVERIZACIÓN; 62.5 MG/PULVERIZACIÓN; 25 MG/PULVERIZACIÓN, 200 MG/INH; 62.5 MG/INH; 25 MG/INH	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO

ANTICOLINÉRGICOS

ATROVENT HFA SOLUCIÓN EN AEROSOL 17 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (25.8 G por 30 días) MO
INCRUSE ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 62.5 MG/INH	\$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
SPIRIVA RESPIMAT SOLUCIÓN EN AEROSOL 1.25 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (4 G por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIHIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hydrochloride solución 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 25 días) MO
CARBINOXAMINE MALEATE ER SUSPENSIÓN DE LIBERACIÓN PROLONGADA 4 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>carbinoxamine maleate solución 4 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>carbinoxamine maleate tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>cetirizine hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>clemastine fumarate tableta 2.68 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>cyproheptadine hcl jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>cyproheptadine hydrochloride tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>desloratadine tabs. bucodispersables que se desintegran 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>desloratadine tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>diphenhydramine hydrochloride inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>hydroxyzine hcl tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride inyección 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride jarabe 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride tableta 10 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine pamoate cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>levocetirizine dihydrochloride solución 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levocetirizine dihydrochloride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olopatadine hcl solución 0.6 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30.5 G por 30 días) MO
BETA AGONISTAS		
<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 0.083 %, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>albuterol sulfate jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>albuterol sulfate tableta 2 mg, 4 mg</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</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA AEROSOL 45 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>levalbuterol solución de nebulización 1.25 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
SREVENT DISKUS AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 50 MG/ DOSIS	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>terbutaline sulfate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terbutaline sulfate tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium paquete 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium tableta masticable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>montelukast sodium tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zafirlukast tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine solución para inhalación 10 %, 20 %</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>aminophylline inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<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 INYECCIÓN 30 MG/ML	\$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
<i>KALYDECO PAQUETE 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>KALYDECO TABLETA 150 MG</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>OFEV CÁPSULA 100 MG, 150 MG</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>ORKAMBI PAQUETE 125 MG; 100 MG, 188 MG; 150 MG, 94 MG; 75 MG</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>ORKAMBI TABLETA 125 MG; 100 MG, 125 MG; 200 MG</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>pirfenidone cápsula 267 mg</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 INYECCIÓN 1000 MG/20 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PULMOZYME SOLUCIÓN 2.5 MG/2.5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>roflumilast tableta 250 µg, 500 µg</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
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>theophylline solución 80 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK TABLETA PAQUETE DE TRATAMIENTO 100 MG; 75 MG; 50 MG, 50 MG; 37.5 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
TRIKAFTA THERAPY PACK PAQUETE DE TRATAMIENTO 100 MG; 75 MG; 50 MG, 80 MG; 60 MG; 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
XOLAIR INYECCIÓN 150 MG/ML, 150 MG, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ESTEROIDES NASALES		
<i>flunisolide solución 0.025 %</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 SUSPENSIÓN PARA EXHALADOR 93 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (32 ML por 30 días) PA MO
INHALANTES ESTEROIDEOS		
ALVESCO SOLUCIÓN EN AEROSOL 160 MG/PULVERIZACIÓN, 80 MG/ PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (12.2 G por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ARNUITY ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/PULVERIZACIÓN; 200 MG/PULVERIZACIÓN; 50 MG/PULVERIZACIÓN	\$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
COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ESTEROIDES		
AIRSUPRA AEROSOL 90 MG/PULVERIZACIÓN; 80 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (32.1 G por 30 días) MO
BREO ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/PULVERIZACIÓN; 25 MG/PULVERIZACIÓN, 200 MG/INH; 25 MG/INH, 50 MG/INH; 25 MG/INH	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate aerosol 160 µg/pulverización; 4.5 µg/pulverización 80 µg/pulverización; 4.5 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10.2 G por 30 días) MO
DULERA AEROSOL 5 MG/PULVERIZACIÓN; 100 MG/PULVERIZACIÓN, 5 MG/PULVERIZACIÓN; 200 MG/PULVERIZACIÓN, 5 MG/PULVERIZACIÓN; 50 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (13 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus (Advair Diskus genérico) aerosol polvo activado para el aliento 100 µg/pulverización; 50 µg/pulverización, 250 µg/pulverización; 50 µg/pulverización, 500 µg/pulverización, 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLUTICASONE PROPIONATE/ SALMETEROL HFA (ADVAIR HFA GENÉRICO) AEROSOL 115 MG/PULVERIZACIÓN; 21 MG/ PULVERIZACIÓN, 230 MG/ PULVERIZACIÓN; 21 MG/ PULVERIZACIÓN, 45 MG/ PULVERIZACIÓN; 21 MG/ PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (12 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol polvo activado para el aliento 500 µg/pulverización; 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>wixela inhub aerosol polvo activado para el aliento 100 µg/pulverización; 50 µg/ pulverización, 250 µg/pulverización; 50 µg/ pulverización, 500 µg/pulverización; 50 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO

TÓPICO**DERMATOLOGÍA, ACNÉ**

<i>accutane cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>amnesteem cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>claravis cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>clindacin espuma 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días)
<i>clindamycin phosphate (una vez al día) gel frasco al 1 %.</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate (dos veces al día) gel tubo al 1 %.</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate espuma 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G 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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 gel 5 %; 3 %</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 cápsula 10 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>sulfacetamide sodium loción 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<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 cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
<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>mupirocin crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mupirocin pomada 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>silver sulfadiazine crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
SSD CREMA 1 %	\$0 para el Nivel 1	
SULFAMYLON CREMA 85 MG/G	\$0 para el Nivel 1	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIMICÓTICOS		
<i>ciclopirox nail lacquer solución 8 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (6.6 ML por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ciclopirox olamine crema 0.77 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox gel 0.77 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox champú 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox suspensión 0.77 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crema 0.05 %; 1 %</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 crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (85 G por 30 días) MO
ERTACZO CREMA 2 %	\$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 espuma 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días)
<i>klayesta polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días)
<i>nyamyc polvo 100000 unidades/g</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 polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días)



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>selenium sulfide loción 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin cápsula 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>calcipotriene crema 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene pomada 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene solución 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) PA MO
<i>calcitrene pomada 0.005 %</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 cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tazarotene crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>tazarotene crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>tazarotene gel 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) PA MO
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>alclometasone dipropionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>alclometasone dipropionate pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate augmented crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented loción 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>betamethasone dipropionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate loción 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone valerate crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone valerate loción 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone valerate pomada 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate e crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate gel 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate champú 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 ML por 30 días) MO
<i>clodan champú 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118 ML por 30 días)
<i>desonide crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desonide pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone crema 0.25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone pomada 0.25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide aceite para el cuerpo 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide scalp aceite para el cuero cabelludo 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118.28 ML por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 emulsified base crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide gel 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide solución 0.05 %</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	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate pomada 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate pomada 0.05 %</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	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone pomada 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone pomada 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mometasone furoate crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate pomada 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate solución 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<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	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (15 G por 30 días) MO
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine/prilocaine crema 2.5 %; 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>lidocaine pomada 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (35.44 G por 30 días) PA MO
<i>lidocaine parche 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>lidocan parche 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>tridacaine ii parche 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>tridacaine parche 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>ammonium lactate crema 12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ammonium lactate loción 12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>azelaic acid gel 15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 G por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>doxepin hydrochloride crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>doxycycline cápsula de liberación prolongada 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
EUCRISA POMADA 2 %	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) PA MO
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 2 %, 5 %</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
<i>hydrocortisone perianal crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
IMIQUIMOD PUMP CREMA 3.75 %	\$0 para el Nivel 1	QL (15 G por 28 días) MO
<i>imiquimod crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (24 EA 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 CREMA 1 %	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PANRETIN GEL 0.1 %	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA
<i>pimecrolimus crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>podofilox solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>procto-med hc crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días)
<i>proctocort crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>proctosol hc crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días)
<i>proctozone-hc crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días)
<i>tacrolimus pomada 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
VALCHLOR GEL 0.016 %	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA; LD
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
<i>malathion loción 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>permethrin crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS		
SANTYL POMADA 250 UNIDADES/G	\$0 para el Nivel 1	QL (180 G por 30 días) MO
<i>sodium chloride 0.9 % solución 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
AGENTES DENTALES/FARÍNGEOS/BUCALES		
<i>cevimeline hydrochloride cápsula 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chlorhexidine gluconate solución 0.12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clinpro 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clotrimazole past. para chup. 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dentagel gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluoridex daily defense pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 1	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluorimax 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fraiche 5000 gel dental 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>just right 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>kourzeq pasta 0.1 %</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 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>periogard solución 0.12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>pilocarpine hydrochloride tableta 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sf gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm sequedad bucal gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
SODIUM FLUORIDE/POTASSIUM NITRATE/SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide pasta dental 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

NO CUBIERTO POR LA PARTE D DE MEDICARE***No cubierto por la Parte D de Medicare***

<i>4x probiotic tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophenacetaminophen er 8 horas arthritis pain relief tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen extra strength líquido 500 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen extra strength tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen junior strength tabletas que se desintegran 160 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen líquido 160 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen rapid tabs childrens tabletas que se desintegran 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen solución 160 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen supositorio 120 mg, 325 mg, 650 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen tableta 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen tableta masticable 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetaminophen/aspirin/caffeine tableta 250 mg; 250 mg; 65 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ACID GONE SUSPENSIÓN 95 MG/15 ML; 358 MG/15 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acidophilus lactobacilli cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acidophilus probiotic blend cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acidophilus tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acidophilus with bifidus tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acidophilus/bacillus coagulans extra strength tableta 4.17 mg; 2.92 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acidophilus/citrus pectin tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acidophilus/pectin cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ACTIVNUTRIENTS TABLETA MASTICABLE 62.5 MG; 37.5 MG; 12.5 MG; 12.5 MG; 12.5 MG; 0.125 MG; 85 MG; 18.75 MG; 0.75 MG; 61.5 MG; 30.75 MG; 12.5 MG; 0.125 MG; 12.5 MG; 2.5 MG; 2.5 MG; 0.625 MG; 1.25 MG; 12.5 MG; 1.25 MG; 150 MG; 3.125 MG; 8.375 MG; 3.75 MG; 3 MG; 1.875 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>adapalene gel 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>advance intuition solución de control líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>advocate solución de control bajo</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>advocate redi-code+ solución de control bajo</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>agamatrix solución de control normal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ALAHIST D TABLETA 17.5 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALBUSTIX TIRA	\$0 para el Nivel 1	*
ALCOHOL PREPS APÓSITO 70 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>align dualbiotic tableta masticable 5 mg; 1.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>align jr for kids tableta masticable 10.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>align for kids tableta masticable 5 mg; 1.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>align tableta masticable 10.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>aluminum/magnesium/simethicone suspensión 200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>americerin crema</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ammonium lactate crema 12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ammonium lactate loción 12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>antacid & anti-gas maximum strength suspensión 800 mg/10 ml; 800 mg/10 ml; 80 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>antacid extra strength tableta masticable 160 mg; 105 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>antibiotic + pain relief maximum strength crema 3.5 mg/g; 10000 unidades/g; 10 mg/g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>champú anticaspa 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>artificial tears solución 0.1 %; 0.2 %; 0.3 %, 0.1 %; 0.3 %, 0.2 %; 0.2 %; 1 %, 0.3 %; 1 %, 0.5 %; 0.6 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>aspirin regular strength tableta de liberación retardada 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ASPIRIN SUPOSITORIO 300 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>aspirin tableta 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aspirin tableta masticable 81 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>aspirin tableta de liberación retardada 81 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>assure dosis normal solución de control</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ATABEX OB TABLETA. 60 MG; 30 MG; 100 MG; 500 UNIDADES; 1.6 MG; 10 MG; 29 MG; 1000 MG; 20 MG; 20 MG; 25 MG; 3 MG; 30 MG; 1.5 MG; 25 UNIDADES; 1500 UNIDADES; 10 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>aveeno baby soothing multi-purpose pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	*
AYR NASAL DROPS SOLUCIÓN 0.65 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>b-12 quick dissolve tableta sublingual 1000 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bacid tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bacitracin pomada 500 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bacitracin zinc pomada 500 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bacitracin/neomycin/polymyxin pomada 400 unidades/g; 5 mg/g; 5000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bacitracin/polymyxin pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>balmex multi-purpose pomada 51.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bayer advanced aspirin extra strength tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
BD GLUCOSE TABLETA MASTICABLE 5 GM	\$0 para el Nivel 1	*
<i>benzoyl peroxide gel 10 %, 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
BENZOYL PEROXIDE GEL 2.5 %	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>benzoyl peroxide líquido 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>benzoyl peroxide loción 10 %, 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>benzoyl peroxide wash líquido 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
BENZYL ACOHOL LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
BENZYL BENZOATE LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
<i>biohm childrens suplemento probiotico tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bion tears solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bisacodyl supositorio 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bisacodyl tableta de liberación prolongada 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bismuth subsalicylate tableta masticable 262 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>budesonide aerosol nasal suspensión 32 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>butenafine hydrochloride crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CALAMINE LOCIÓN	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calamine loción 8 %; 8 % 8 %: 8 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CALCIUM + D3 TABLETA 250 MG; 3 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium 500 + d tableta 500 mg; 125 unidades, 500 mg; 200 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium 500 + d tableta 500 mg; 400 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CALCIUM 500 + D3 HIGH POTENCY TABLETA MASTICABLE 400 UNIDADES; 500 MG	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CALCIUM 600 + MINERALS TABLETA 600 MG; 200 UNIDADES; 1 MG; 40 MG; 1.8 MG; 250 MG; 7.5 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium 600/vitamin d tableta 600 mg; 200 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium 600 + d plus minerals tableta 600 mg; 400 unidades; 1 mg; 50 mg; 1.8 mg; 250 µg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium 600 + d tableta 600 mg; 400 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium antacid extra strength tableta masticable 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium antacid ultra tableta masticable 1000 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CALCIUM CARBONATE SUSPENSIÓN 1250 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium carbonate tableta masticable 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium citrate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium oyster shell tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium polycarbophil tableta 625 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium tableta 1500 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CALCIUM TABLETA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium/vitamin d tableta 600 mg; 3.125 µg, 600 mg; 400 unidades, 600 mg; 5 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>capsaicin crema 0.025 %, 0.075 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>carbamoxide ear drops solución 6.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>carboxymethylcellulose sodium solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>carboxymethylcellulose sodium gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>carboxymethylcellulose sodium solución oftálmica gotas oftálmicas solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CASTOR OIL	\$0 para el Nivel 1	*
<i>castor oil stimulant laxative oil 100 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cerave baby pomada curativa pomada 46.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cetirizine hcl tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cetirizine hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cetirizine hydrochloride tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride tableta de liberación prolongada 12 horas 5 mg; 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CHEMSTRIP 2 EN TIRAS	\$0 para el Nivel 1	*
CHEMSTRIP 9 TIRAS	\$0 para el Nivel 1	*
CHEMSTRIP UGK	\$0 para el Nivel 1	*
CHERRY SYRUP JARABE 82.3 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>chewable vitamin c tableta masticable 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>children's chewable acetaminophen tableta masticable 160 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>childrens pepto tableta masticable 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CHLOPHEDIANOL/ DEXCHLOPHENIRAMINE./ PSEUDOEPHEDRINE LÍQUIDO 12.5 MG/5 ML; 1 MG/5 ML; 30 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chloraseptic líquido 1.4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>chlorpheniramine maleate tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>chlorpheniramine maleate tableta de liberación prolongada 12 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>chocolated laxative tableta masticable 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cimetidine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>clear eyes natural tears lubricant solución 0.5 %; 0.6 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>clever choice glucose control low líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>clotrimazole 3 crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>clotrimazole crema externa 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>clotrimazole solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>clotrimazole vaginal crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cold & cough childrens líquido 1 mg/5 ml; 5 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cold/flu daytime relief cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>coleman 100 max insect repellent/continuous spray aerosol 98.11 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>coleman insect repellent/high & dry aerosol 25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>coleman insect repellent/sportsmen aerosol 40 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CONDOMS VARIOS	\$0 para el Nivel 1	*
<i>contour low control líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>contour next level 1 solución de control</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>contour next level 2 solución de control</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>contour normal control líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>solución de control normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>corn and callus remover líquido 17 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cortizone-10 feminine itch relief maximum strength crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
COTTONSEED OIL	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cromolyn sodium solución en aerosol 5.2 mg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle adult ultimatebalance cápsula 200 mg; 20,000 millones de UFC</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle digestive daily probiotic pro strength cápsula 200 mg; 12,000 millones de UFC</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle digestive health cápsula 200 mg; 10,000 millones de UFC</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle health & wellness cápsula 200 mg; 10 mil millones</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle immune defense tableta masticable 90 mg; 100 mg; 53 mg; 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle kids immune defense probiotic tableta masticable 90 mg; 20 µg; 50 mg; 26 mg; 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle kids immune defense tableta masticable 90 mg; 50 µg; 26 mg; 1.88 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle kids probiotic+ veggie fiber tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle probiotic & prebiotic tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle probiotics kids tableta masticable 15 mg; 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle ultimate strength probiotic cápsula 200 mg; 20,000 millones de UFC</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cutter aerosol 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cutter all family aerosol 7 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cutter backwoods dry aerosol 25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cutter skinsations aerosol 7 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cutter sport aerosol 15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs advanced probiotic gomitas tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs chewable probiotic childrens tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs digestive probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs insect repellent aerosol 15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs natural tears pf solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs petroleum gel w/ vitamin e crema</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs probiotic childrens tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs probiotic tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs scalp relief líquido 3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs sleep-aid nighttime tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs total home insect repellent aerosol 30 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cyanocobalamin inyección 1000 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>daily chewable probiotic-14 tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>daily probiotic supplement cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>day-time pe cold/flu relief cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desitin multi-purpose healing pomada 71.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dextromethorphan hbr cápsula 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dextromethorphan hydrobromide/guaiifenesin líquido 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dextromethorphan polistirex er suspensión de liberación prolongada 30mg/5ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dextromethorphan/guaiifenesin líquido 5 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dhs tar champú 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dialyvite chewable probiotic tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
DIASTIX TIRA	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diatrue glucose solución de control level 1 solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diatrue glucose solución de control level 2 solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diclofenac sodium gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive advantage dailydigestive & immune support tableta masticable 3.33 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive advantage kids dailydigestive & immune support tableta masticable 3.33 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive advantage kids daily probiotic gomitas tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive advantage kids daily probiotic+gen prebiotic fiber tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive advantage multi-strain probiotic ultra tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive advantage prebiotic+probiotic tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive advantage probiotic gomitas tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dimenhydrinate tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diphenhydramine hcl cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diphenhydramine hcl/zinc acetate crema 2 %; 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diphenhydramine hydrochloride cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diphenhydramine hydrochloride líquido 12.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diphenhydramine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>docosanol crema 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>docusate calcium cápsula 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>docusate sodium cápsula 100 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>docusate sodium líquido 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
DOCUSATE SODIUM JARABE 60 MG/15 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>docusate sodium tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dry eye relief drops solución 0.2 %; 0.2 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
DUREX REALFEEL NON-LATEX DISPOSITIVO	\$0 para el Nivel 1	*
<i>d-vi-sol líquido 400 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dynashield crema 1.8 %; 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy check glucose solución de control normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy plus ii solución de control low solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy step solución de control low solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>easy talk solución de control low solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy talk solución de control normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy talk plus ii solución de control low</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy trak ii solución de control/normal líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy trak glucose solución de control low solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy trak glucose solución de control normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easymax solución de control normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ed chlorped jr jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>effervescent pain relief tableta efervescente 325 mg; 1000 mg; 1916 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>element low control líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>element normal control líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>embrace solución de control low solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>embrace evo glucose solución de control level 1 líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>embrace talk glucose solución de control low solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CÁPSULA VACÍA TAMAÑO 1 AZUL/ CÁPSULA POLVO AZUL	\$0 para el Nivel 1	*
ENCARE SUPOSITORIO 100 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>enema disponible enema 7 g/118 ml; 19 g/118 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>eql 2 in 1 probiotic tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>eql 4x probiotic tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ergocalciferol solución 8000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>esomeprazole magnesium cápsula de liberación prolongada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>esomeprazole magnesium dr 24 h tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ETHYL OLEATE LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
<i>evolution solución de control normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ex-lax tableta masticable 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>eye allergy relief solución 0.025 %; 0.3 %, 0.027 %; 0.315 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>famotidine tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>famotidine tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
FC2 FEMALE CONDOM VARIOS	\$0 para el Nivel 1	*
FERRETT'S CHEWABLE IRON TABLETA MASTICABLE 18 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ferrous fumarate 324 tableta 324 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ferrous gluconate tableta 240 mg, 324 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ferrous sulfate solución 15 mg/ml, 220 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
FERROUS SULFATE TABLETA 27 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ferrous sulfate tableta 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ferrous sulfate tableta de liberación retardada 324 mg, 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fexofenadine hcl childrens allergy suspensión 30 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fexofenadine hydrochloride tableta 180 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 12 horas 60 mg; 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fiber powder 28.3 %, 48.57 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>flanders buttocks pomada 66.2 %; 13.4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
FLAVORX LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
<i>florastart cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>florastor cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>floraxis tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fluticasone propionate suspensión 50 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>folic acid tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>folic acid/vitamin b-6/vitamin b-12 tableta 500 µg; 2.2 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
FOLPLEX 2.2 TABLETA 0.5 MG; 2.2 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fondcircle solución de control líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fora solución de control low solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fora solución de control normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
FORA GTEL BLOOD KETONE TIRAS REACTIVAS	\$0 para el Nivel 1	*
<i>foracare gdh solución de control low solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>foracare gdh solución de control normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fortiscare solución de control low solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fortiscare solución de control normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>free + pure daily probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ft probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ft probiotic childrens tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
GAVISCON SUSPENSIÓN 95 MG/15 ML; 358 MG/15 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ge100 solución de control normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
GENTEAL SEVERE TEARS GEL 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>gentéal tears liquid drops moderate solución 0.1 %; 0.2 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>gentéal tears mild solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>gentéal tears moderate pf solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
GENTEAL TEARS SEVERE DAY/NIGHT GEL 0.4 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glucocard 01 solución de control/normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glucocard x-meter solución de control/normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glucocom normal control líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glucose control normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glucose gel 40 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glucose tableta masticable 4 g, 6 mg; 4 g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glycerin adult supositorio 2.1 g, 2 g, 80.7 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
GLYCERIN NO APLICA LÍQUIDO 99.5 %	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glycerin external líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glycerin infant supositorio 80.7 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glycerin infants & children suppository 1.2 g, 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>gnp probiotic extra strength cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>gnp vitamin a/d pomada 15.5 %; 53.4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>gojji solución de control normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
GOOD START SUPREME LÍQUIDO DE AGUA ESTÉRIL	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin er tableta de liberación prolongada 12 horas 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin líquido 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin tableta 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin/codeine solución 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide tableta 20 mg; 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide tableta de liberación prolongada 12 horas 60 mg; 1200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin/dextromethorphan jarabe 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin/pseudoephedrine hydrochloride tableta de liberación prolongada 12 horas 600 mg; 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hemorrhoidal pomada 14 %; 74.9 %; 0.25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
HISTEX JARABE 2.5 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrocerin crema</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-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	*
HYDROCORTISONE CREMA 1 %	\$0 para el Nivel 1	*
HYDROCORTISONE CREMA 1 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrocortisone loción 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrocortisone pomada 0.5 %, 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrocortisone pomada 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrocortisone/aloe crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrolatum pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ibuprofen cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ibuprofen infants suspensión 50 mg/1.25 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ibuprofen junior strength tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ibuprofen suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ibuprofen tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ibuprofen tableta masticable 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>infinity solución de control normal solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>infinity voice level 2 líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
INSTA-GLUCOSE GEL 77.4 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>iron 100 plus tableta 250 mg; 25 µg; 1 mg; 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IRON CHEWS PEDIATRIC TABLETA MASTICABLE 15 MG	\$0 para el Nivel 1	*
IRON TABLETA 28 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>iron tableta de liberación prolongada 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>isopropyl alcohol toallitas varios 70 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ivermectin loción 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
IVIZIA SEVERE/NIGHT DRY EYES GEL 0.5 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>just tears eye drops solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>kala tableta 30 mg; 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>kaopectate extra strength suspensión 525 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>kaopectate suspensión 262 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>kaopectate tableta 262 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>kerodex 71 wet crema</i>	\$0 para el Nivel 1	*
KETONE TIRAS REACTIVAS	\$0 para el Nivel 1	*
KETOSTIX TIRA	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ketotifen fumarate solución 0.035 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
KONSYL DAILY FIBER PAQUETE 100 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>kp omega-3 fish oil cápsula de liberación prolongada</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lactobacillus tableta 0.2 mg; 0.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
LACTOSE MONOHYDRATE POLVO	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>laxative maximum strength tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>levocetirizine dihydrochloride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>levonorgestrel tableta 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>liberty glucose control normal liquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lice killing champú champú 4 %; 0.33 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lice treatment líquido 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lidocaine crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lidocaine hydrochloride crema 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lidocaine parche 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
LOHIST-DM JARABE 2 MG/5 ML; 10 MG/5 ML; 5 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loperamide hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loperamide hydrochloride solución 1 mg/7.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE SUSPENSIÓN 1 MG/7.5 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loperamide hydrochloride tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loratadine childrens tableta masticable 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loratadine solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loratadine tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loratadine tableta que se desintegra 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loratadine-d 12 h tableta de liberación prolongada 12 horas 5 mg; 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loratadine-d 24hr tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg; 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lubricant eye drops solución 0.1 %; 0.3 %, 0.4 %; 0.3 %, 0.6 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lubricant eye drops/dual-action solución 0.5 %; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lubricant eye pomada 42.5 %; 57.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lubricating eye drops solución 0.4 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>maalox childrens tableta masticable 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>magnesium citrate solución 1.745 g/30 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>magnesium oxide tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>magnesium tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>M-CLEAR WC SOLUCIÓN 6.33 MG/5 ML; 100 MG/5 ML</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>meclizine hydrochloride tableta 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>meclizine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>meclizine hydrochloride tableta masticable 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>medi-paste pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>melatonin tableta 1 mg, 3 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>miconazole 1 kit</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>miconazole 3 crema 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
MICONAZOLE 7 SUPOSITORIO 100 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>miconazole nitrate aerosol polvo 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>miconazole nitrate crema externa 2 %, 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>miconazole polvo 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>milk of magnesia suspensión 400 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
MINERAL OIL HEAVY ACEITE	\$0 para el Nivel 1	*
MINERAL OIL LIGHT ACEITE	\$0 para el Nivel 1	*
<i>aceite mineral</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>minerin creme crema</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>crema hidratante</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loción hidratante</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>mucinex fast-max congestion & headache</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>maximum strength cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>maximum strength cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>mucus dm tableta de liberación prolongada 12 horas 30 mg; 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
MULTI COMPLETE CÁPSULA 60 MG; 2500 UNIDADES; 30 MG; 100 MG; 10 MG; 1000 UNIDADES; 120 MG; 2 MG; 6 MG; 18 MG; 400 MG; 40 MG; 4 MG; 20 MG; 40 MG; 150 MG; 2 MG; 1.7 MG; 20 MG; 45 MG; 1.5 MG; 50 UNIDADES; 15 MG	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MULTI VITAMIN/MINERALS FULL SPECTRUM TABLETA 90 MG; 5000 UNIDADES 45 MG; 300 MG; 162 MG; 10 MG; 27 MG; 400 UNIDADES; 25 MG; 2 MG; 9 MG; 27 MG; 400 MG; 100 MG; 5 MG; 25 MG; 20 MG; 125 MG; 25 MG; 30 MG; 150 MG; 3 MG; 2.6 MG; 25 MG; 2.25 MG; 34 UNIDADES; 15 MG	\$0 para el Nivel 1	*
MULTIPLE VITAMINS/IRON TABLETA MASTICABLE 60 MG; 4.5 MG; 400 UNIDADES; 15 MG; 0.3 MG; 13.5 MG; 1.04 MG; 1.2 MG; 1.05 MG; 2500 UNIDADES; 15 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	*
MULTIVITAMIN CHILDRENS TABLETA MASTICABLE 60 MG; 10 MG; 4.5 MG; 300 MG; 13.5 MG; 1.05 MG; 750 MG; 1.2 MG; 1.05 MG; 6.75 MG	\$0 para el Nivel 1	*
MULTIVITAMIN PLUS IRON CHILDRENS TABLETA MASTICABLE 40 MG; 100 MG; 10 MG; 600 UNIDADES; 2 MG; 6 MG; 18 MG; 0.4 MG; 15 MG; 55 MG; 150 MG; 2 MG; 3000 UNIDADES; 1.7 MG; 10 MG; 60 MG; 1.5 MG; 30 UNIDADES; 12 MG	\$0 para el Nivel 1	*
MULTI-VITAMIN TABLETA 60 MG; 30 MG; 10 MG; 400 UNIDAD; 6 MG; 400 MG; 20 MG; 2 MG; 5000 UNIDAD; 1.7 MG; 1.5 MG; 30 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	*
MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER SOLUCIÓN 50 MG/ML; 11 MG/ML; 4 MG/ML; 0.3 MG/ML; 0.4 MG/ML; 0.3 MG/ML; 250 MG/ML; 10 MG/ML; 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE SOLUCIÓN 35 MG/ML; 400 UNIDADES/ML; 2 MG/ML; 8 MG/ML; 0.4 MG/ML; 1500 UNIDADES/ML; 0.6 MG/ML; 0.25 MG/ML; 0.5 MG/ML; 5 UNIDADES/ML, 35 MG/ML; 400 UNIDADES/ML; 2 MG/ML; 8 MG/ML; 0.4 MG/ML; 1500 UNIDADES/ML; 0.6 MG/ML; 0.5 MG/ML; 0.5 MG/ML; 5 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	*
MULTIVITAMIN/FLUORIDE TABLETA MASTICABLE 60 MG; 4.5 MG; 0.25 MG; 200 MG; 10 MG; 1 MG; 1.2 MG; 1 MG; 600 MG; 10 MG; 10 MG, 60 MG; 4.5 MG; 0; 0.5 MG; 200 MG; 10 MG; 1 MG; 1.2 MG; 1 MG; 600 MG; 10 MG; 10 MG, 60 MG; 4.5 MG; 0; 1 MG; 200 MG; 10 MG; 1 MG; 1.2 MG; 1 MG; 600 MG; 10 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 1	*
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON SOLUCIÓN 35 MG/ML; 400 UNIDADES/ML; 10 MG/ML; 8 MG/ML; 0.4 MG/ML; 1500 UNIDADES/ML; 0.6 MG/ML; 0.25 MG/ML; 0.5 MG/ML; 5 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>multivitamins tableta masticable 16000 unidades; 100 µg; 12 mg; 1000 unidades; 6 µg; 200 µg; 10 mg; 800 µg; 1.9 mg; 1.7 mg; 100 mg; 1.5 mg; 200 unidades; 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
MULTI-VITAMINS/IRON TABLETA 60 MG; 10 MG; 6 MG; 400 UNIDADES; 18 MG; 400 MG; 20 MG; 2 MG; 5000 UNIDADES; 1.7 MG; 1.5 MG; 30 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	*
<i>naloxone hydrochloride líquido 4 mg/0.1 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>naproxen sodium cápsula 220 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>naproxen sodium tableta 220 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>nasal mist aerosol solución 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>natrapel líquido 20 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>natural fiber polvo 58.6 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>niacin tableta 100 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>niacin timed release tableta de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>niacin tr cápsula de liberación prolongada 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
NIACIN TR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>niacin tr cápsula de liberación prolongada 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>nicotine pastilla 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>nicotine polacrilex gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>nicotine polacrilex pastilla 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
NICOTINE KIT SISTEMA TRANSDÉRMICO	\$0 para el Nivel 1	*
<i>nicotine transdermal system parche 24 horas 14 mg/24 h, 21 mg/24 h, 7 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>off active aerosol 15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>off deep woods dry aerosol 25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>off deep woods sportsmen aerosol 30 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>off familycare clean feel líquido 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>off smooth & dry aerosol 15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
OLIVE OIL ACEITE	\$0 para el Nivel 1	*
<i>olopatadine hydrochloride solución 0.1 %, 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>omega 3 cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>omega-3 cápsula 120 mg; 180 mg; 1000 mg; 1 unidad, 308 mg; 448 mg; 1400 mg; 910 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>omega-3 fish oil cápsula 100 mg; 160 mg; 1000 mg; 300 mg; 5 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>omeprazole dr tableta de liberación prolongada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>omeprazole magnesium cápsula de liberación retardada 20.6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>omeprazole tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>omeprazole tableta de liberación retardada que se desintegra 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ONETOUCH ULTRA CONTROL LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
ONETOUCH VERIO LEVEL 4 SOLUCIÓN DE CONTROL LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
OPILL TABLETA 0.075 MG	\$0 para el Nivel 1	*
OPTIONS GYNOL II VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL 3 %	\$0 para el Nivel 1	*
SUSP. ORAL LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
<i>oxymetazoline hydrochloride solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
OYSTER SHELL CALCIUM/D TABLETA 500 MG; 200 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	*
<i>paladin pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pataday extra strength solución 0.7 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
PCCA SORBITOL LOLLIPOP BASE EN ESCAMAS	\$0 para el Nivel 1	*
PEDIA-LAX LÍQUIDO 50 MG/15 ML	\$0 para el Nivel 1	*
PETROLATUM POMADA	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PHENAZOPYRIDINE HYDROCHLORIDE TABLETA 100 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>phenazopyridine hydrochloride tableta 95 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
PHOSPHOROUS TABLETA 155 MG, 852 MG, 130 MG	\$0 para el Nivel 1	*
PHOSPHO-TRIN K500 TABLETA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>phytonadione tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pink bismuth maximum strength suspensión 525 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pink bismuth suspensión 262 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pinworm medicine suspensión 144 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pinxav pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>polyethylene glycol 3350 paquete 17 g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>polyethylene glycol 3350 polvo 17 g/scoop</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>polysaccharide-iron complex cápsula 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>polyvinyl alcohol solución 1.4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
POLY-VI-SOL SOLUCIÓN 50 MG/ML; 10 MG/ML; 0.5 MG/ML; 0; 4 MG/ML; 0.3 MG/ML; 250 MG/ML; 0.4 MG/ML; 0.3 MG/ML; 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pramoxine hcl espuma 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
PRENATABS FA TABLETA 120 MG; 1200 MG; 200 MG; 10 MG; 8 MG; 29 MG; 1000 MG; 20 MG; 150 MG; 3 MG; 3 MG; 3 MG; 13.5 MG; 15 MG	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRENATABS RX TABLETA 120 MG; 4000 UNIDADES; 30 MG; 200 MG; 7 MG; 400 UNIDADES; 3 MG; 8 MG; 1 MG; 29 MG; 100 MG; 20 MG; 150 MG; 3 MG; 3 MG; 3 MG; 30 UNIDAES; 15 MG	\$0 para el Nivel 1	*
PRENATAL 19 TABLETA 100 MG; 1000 UNIDADES; 200 MG; 7 MG; 400 UNIDADES; 12 MG; 25 MG; 29 MG; 1 MG; 15 MG; 20 MG; 3 MG; 3 MG; 30 UNIDADES; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	*
PRENATAL TABLETA 100 MG; 200 MG; 10 MG; 4 MG; 27 MG; 800 MG; 18 MG; 2.6 MG; 1.7 MG; 1.5 MG; 5 MG; 1200 MG; 25 MG, 120 MG; 4000 UNIDADES; 200 MG; 400 UNIDADES; 8 MG; 28 MG; 800 MG; 20 MG; 2.6 MG; 1.7 MG; 1.8 MG; 30 UNIDADES; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	*
TABLETA PRENATAL 120 MG; 200 MG; 10 MG; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 1200 MG; 3 MG; 1.84 MG; 10 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	*
PRENATAL-U CÁPSULA 10 MG; 0.8 MG; 15 MG; 106.5 MG; 1 MG; 1.3 MG; 30 MG; 5 MG; 6 MG; 200 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>prestige glucose control líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>primadophilus bifidus cápsula de liberación prolongada</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>primadophilus kids tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic + immune tableta masticable 45 mg; 25 µg; 1.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic acidophilus tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic cápsula 1000 millones; 250 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic chocolate bears childrens tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>probiotic digestive support extra strength cápsula 200 mg; 20 mil millones</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic formula cápsula 1,000 millones; 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic gummies tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic multi-enzyme tableta 16.667 mg; 33.333 mg; 8.333 mg; 48 mg; 1.667 mg; 3.333 mg; 3.333 mg; 5 mg; 33.333 mg; 8.333 mg; 8.333 mg; 36 mg; 16.667 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>prodigy solución de control low solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>provella tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pseudoephedrine hydrochloride er maximum strength tableta de liberación prolongada 12 horas 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pseudoephedrine hydrochloride tableta 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>psyllium fiber cápsula 0.52 g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>qc pink bismuth tableta 262 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>qc psyllium fiber polvo 43 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ra probiotic gomitas tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ranger ready repellent líquido 20 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
RASPBERRY SYRUP JARABE	\$0 para el Nivel 1	*
<i>redness reliever eye drops solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetnamedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REFRESH DIGITAL SOLUCIÓN 0.5 %; 1 %; 0.5 %	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH OPTIVE ADVANCED SOLUCIÓN 0.5 %; 1 %; 0.5 %	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH OPTIVE GEL 1 %; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH OPTIVE PRESERVATIVE FREE SOLUCIÓN 0.5 %; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>refresh optive solución 0.5 %; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH RELIEVA PF SOLUCIÓN 0.5 %; 1 %	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH RELIEVA PF XTRA SOLUCIÓN 0.5 %; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>refresh relieva solución 0.5 %; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH SOLUCIÓN 1.4 %; 0.6 %	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH TEARS PF SOLUCIÓN 0.5 %; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>repel family aerosol 15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>repel sportsmen dry aerosol 25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>repel sportsmen max aerosol 40 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>rightest gc300 normal control líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>risa-bid probiotic tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>saccharomyces boulardii cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>saccharomycin df cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>saline gel nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>saline aerosol nasal infants/childrens solución 0.65 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sawyer insect repellent aerosol 30 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sawyer premium insect repellent líquido 20 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>scalpicin líquido 3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>seni care crema para el cuerpo</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>senna smooth tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>senna jarabe 176 mg/5 ml, 8.8 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>senna tableta 8.6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sennosides/docusate sodium tableta 50 mg; 8.6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sensi-care crema hidratante</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SESAME OIL	\$0 para el Nivel 1	*
<i>simethicone cápsula 125 mg, 180 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>simethicone suspensión 40 mg/0.6 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>simethicone tableta masticable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SIMPLE SYRUP JARABE 85 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sleep aid tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sleep-aid cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SM FOAMING ANTACID TABLETA MASTICABLE 80 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sm probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SM SLOW RELEASE IRON TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 143 MG	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>smarty pants kids probiotic complete tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sodium bicarbonate polvo</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sodium bicarbonate tableta 325 mg, 650 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sodium chloride pomada 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sodium chloride solución 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SODIUM FLUORIDE SOLUCIÓN 0.5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>solus v2 control low solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>soothe hydration solución 1.25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>soothe xp solución 4.5 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>soothe xp/xtra protection solución 4.5 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sorbiton hydrate crema</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SORBITOL POLVO	\$0 para el Nivel 1	*
SORBITOL SOLUCIÓN 70 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>stablegi cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
STEVIA EXTRACTO EN POLVO	\$0 para el Nivel 1	*
STEVIA EXTRACTO EN POLVO 90 %	\$0 para el Nivel 1	*
STEVIA PAQUETE 100 MG	\$0 para el Nivel 1	*
STEVIOL POLVO DE GLUCÓSIDOS 95 %	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
STEVIOSIDE EXTRACTO FLUIDO 15 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>stye solución 0.5 %; 0.6 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SUSPENSION VEHICLE SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sween crema hidratante para el cuerpo</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SYRSPEND SF SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	*
SYRUP VEHICLE SF JARABE	\$0 para el Nivel 1	*
SYRUP VEHICLE JARABE	\$0 para el Nivel 1	*
<i>systane complete solución 0.6 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>systane contacts gotas calmantes</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SYSTANE GEL, GEL 0.4 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>tai doc solución de control</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>terbinafine hydrochloride crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>thera-gesic plus crema 4 %; 25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
TODAY SPONGE VARIOS 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>tolnaftate aerosol polvo 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>tolnaftate crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>tolnaftate polvo 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>triamcinolone acetonide aerosol 55 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	*
TRIAMINIC FEVER REDUCER PAIN RELIEVER INFANTS JARABE 160 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tri-buffered aspirin tableta 325 mg; 158 mg; 34 mg; 63 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
TRINATE TABLETA 120 MG; 3000 UNIDADES; 200 MG; 400 UNIDADES; 2 MG; 12 MG; 28 MG; 1 MG; 25 MG; 20 MG; 25 MG; 4 MG; 1.8 MG; 22 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>triple antibiotic plus pain reliever maximum strength pomada 500 unidades/g; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g; 10 mg/g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>triple probiotic tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>triprolidina hci liquido 0.625 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>triprolidina hydrochloride liquido 0.938 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
TRI-VI-SOL A/C/D SOLUCIÓN 50 MG/ML; 10 MG/ML; 250 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	*
TRI-VITE/FLUORIDE SOLUCIÓN 35 MG/ML; 0.25 MG/ML; 1500 UNIDADES/ML; 400 UNIDADES/ML, 35 MG/ML; 0.5 MG/ML; 1500 UNIDADES/ML; 400 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>trubiotics digestive + immune health tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>trubiotics kids tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>truetrack glucose control low liquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE VARIOS	\$0 para el Nivel 1	*
TRUSTEX NON-LUBRICATED VARIOS	\$0 para el Nivel 1	*
TUSNEL C JARABE 10 MG/5 ML; 100 MG/5 ML; 30 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>tussin cough long-acting liquido 15 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>tussin cough jarabe 15 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tussin dm max líquido 10 mg/5 ml; 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ULTRA-MEGA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 250 MG; 10000 UNIDADES; 25 MG; 25 MG; 75 MG; 50 MG; 75 MG; 75 MG; 75 MG; 0.25 MG; 400 UNIDADES; 10 MG; 400 MG; 25 MG; 5 MG; 75 MG; 150 MG; 7.2 MG; 6.1 MG; 75 MG; 75 MG; 10 MG; 75 MG; 75 MG; 25 MG; 10 MG; 75 MG; 150 UNIDADES; 15 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ultrathon insect repellent 8 aerosol 25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>unistrip solución de control low solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>up4 probiotics kids cubes tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>up4 probiotics tableta masticable 15 mg; 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
UREA CREMA 20 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>urinary pain relief tableta 99.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>uristat ultra/cranberry tableta 99.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vagisil crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vaseline constant care crema</i>	\$0 para el Nivel 1	*
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM PELÍCULA 28 %	\$0 para el Nivel 1	*
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL 4 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vicks dayquil cold & flu cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
VITAMIN A/C/D INFANT/TODDLER SOLUCIÓN 50 MG/ML; 250 MG/ML; 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin b-12 tableta 1000 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin b-6 tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin c tableta 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin c tableta masticable 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d cápsula 50000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d3 cápsula 25 µg, 50000 unidades, 5000 unidades, 50 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d3 gummies tableta masticable 1000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d3 líquido 400 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d-3 tableta 1000 unidades, 2000 unidades, 400 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d3 tableta 5000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d3 tableta masticable 400 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d3 tableta que se desintegra 5000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
VITAMINS A/C/D/FLUORIDE SOLUCIÓN 35 MG/ML; 0.25 MG/ML; 450 MG/ML; 10 MG/ML, 35 MG/ML; 0.5 MG/ML; 450 MG/ML; 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>wart remover maximum strength líquido 17 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
XANTHAN GUM POLVO	\$0 para el Nivel 1	*
<i>yumvs probiotics zero tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>yumvskids probiotic zero tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>yum-yum dophilus probiotic tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>yum-yum dophilus tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>zinc oxide pomada 20 %, 40 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-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
Symbols			
<i>4x probiotic</i>	169	ACTIMMUNE	134
A		<i>acyclovir</i>	30
<i>abacavir</i>	25	<i>acyclovir sodium</i>	30
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	28	ADACEL	135
ABELCET	23	ADALIMUMAB	130
<i>abigale</i>	112	<i>adapalene</i>	171
<i>abigale lo</i>	112	<i>adefovir dipivoxil</i>	30
ABILIFY	74	ADEMPAS	65
ABILIFY MAINTENA	74	<i>advance intuition solución de control</i>	171
<i>abiraterone acetate</i>	39	<i>advocate redi-code+ solución de control bajo</i>	171
<i>abirtega</i>	39	<i>advocate solución de control bajo</i>	171
ABRYSVO	135	<i>aenapine</i>	74
<i>acamprosate calcium dr</i>	93	<i>afirmelle</i>	102
<i>acarbose</i>	97	<i>agamatrix solución de control normal</i>	171
<i>accutane</i>	159	<i>agua estéril para irrigación</i>	200
<i>acebutolol hydrochloride</i>	58	<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	168
<i>aceite mineral</i>	190	AIMOVIG	90
<i>acetaminophen</i>	169, 170	AIRSUPRA	158
<i>acetaminophen/aspirin/caffeine</i>	170	AKEEGA	39
<i>acetaminophen/codeine</i>	17	<i>ala-cort</i>	162
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	17	ALAHIST D	171
<i>acetaminophen er 8 horas arthritis pain relief</i>	169	<i>albendazole</i>	19
<i>acetaminophen extra strength</i>	169	ALBUSTIX TIRA	171
<i>acetaminophen junior strength</i>	169	<i>albuterol sulfate</i>	155
<i>acetaminophen rapid tabs childrens</i>	170	<i>albuterol sulfate hfa</i>	155
<i>acetazolamide</i>	62	<i>alclometasone dipropionate</i>	163
<i>acetazolamide er</i>	62	ALCOHOL PREPS APÓSITO	171
<i>acetic acid</i>	153	ALECENSA	41
<i>acetic acid 0.25 %</i>	126	<i>alendronate sodium</i>	100
<i>acetylcysteine</i>	114, 156	<i>alfuzosin hcl er</i>	125
<i>acid gone</i>	170	<i>align</i>	171
<i>acidophilus</i>	170	<i>align dualbiotic</i>	171
<i>acidophilus/bacillus coagulans extra strength</i>	170	<i>align for kids</i>	171
<i>acidophilus/citrus pectin</i>	170	<i>align jr for kids</i>	171
<i>acidophilus lactobacilli</i>	170	<i>aliskiren</i>	63
<i>acidophilus/pectin</i>	170	<i>allopurinol</i>	14
<i>acidophilus probiotic blend</i>	170	<i>alosetron hydrochloride</i>	123
<i>acidophilus with bifidus</i>	170	<i>alprazolam</i>	66
<i>acitretin</i>	162	ALPRAZOLAM INTENSOL	66
ACTHIB	135	<i>altavera</i>	102
		<i>aluminum/magnesium/simethicone</i>	171
		ALUNBRIG	42

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ALVAIZ.....	129	APTIVUS.....	25
ALVESCO.....	158	<i>aranelle</i>	102
<i>alyacen 1/35</i>	102	ARCALYST.....	134
<i>alyacen 7/7/7</i>	102	AREXVY.....	135
<i>amantadine</i>	72	ARIKAYCE.....	19
<i>amantadine hcl</i>	72	<i>aripiprazole</i>	74
<i>ambrisentan</i>	65	ARISTADA.....	74
<i>americerin</i>	171	<i>armodafinil</i>	93
<i>amethyst</i>	102	ARNUITY ELLIPTA.....	158
<i>amikacini sulfate</i>	19	<i>artificial tears</i>	172
<i>amiloride hcl</i>	62	<i>ashlyna</i>	102
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	62	ASPARLAS.....	41
<i>aminophylline</i>	156	<i>aspirin</i>	172
AMINOSYN II.....	143	<i>aspirin/dipyridamole er</i>	130
AMINOSYN-PF.....	143	<i>aspirin regular strength</i>	172
AMINOSYN-PF 7 %.....	143	ASPIRIN SUPPOSITORY.....	172
<i>amiodarone hydrochloride</i>	55	<i>assure dosis normal solución de control</i>	172
<i>amitriptyline hcl</i>	68	ASTAGRAF XL.....	134
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	68	ATABEX OB.....	172
<i>amlodipine besylate</i>	60	<i>atazanavir</i>	25
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	63	<i>atazanavir sulfate</i>	25
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	52	<i>atenolol</i>	58
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	53	<i>atenolol/chlorthalidone</i>	58
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	53	<i>atomoxetine</i>	88
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>atorvastatin calcium</i>	56
<i>ammonium lactate</i>	166, 171	<i>atovaquone</i>	19
<i>amnesteem</i>	159	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	24
<i>amoxapine</i>	68	<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	25
<i>amoxicillin</i>	35, 36	<i>atropine sulfate</i>	152
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	35	ATROVENT HFA.....	154
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	35	<i>aubra eq</i>	102
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	88	AUGTYRO.....	42
<i>amphotericin b</i>	23	<i>aurovela 1.5/30</i>	102
<i>amphotericin b liposome</i>	23	<i>aurovela 1/20</i>	102
<i>ampicillin</i>	36	<i>aurovela 24 fe</i>	103
<i>ampicillin sodium</i>	36	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	103
<i>ampicillin-sulbactam</i>	36	<i>aurovela fe 1/20</i>	103
<i>ampicillin/sulbactam</i>	36	AUSTEDO.....	91
<i>anagrelide hydrochloride</i>	129	AUSTEDO XR.....	91
<i>anastrozole</i>	39	AUVELITY.....	68
ANORO ELLIPTA.....	153	<i>aveeno baby soothing multi-purpose</i>	172
<i>antacid & anti-gas maximum strength</i>	171	<i>aviane</i>	103
<i>antacid extra strength</i>	171	AVMAPKI FAKZYNJA.....	42
<i>antibiotic + pain relief maximum strength</i>	171	AYR NASAL DROPS.....	172
<i>aprepitant</i>	119	<i>ayuna</i>	103
<i>apri</i>	102	AYVAKIT.....	42
APTIOM.....	80	<i>azathioprine</i>	134

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
AZATHIOPRINE.....	134	<i>betamethasone valerate</i>	163
<i>azelaic acid</i>	166	BETASERON	92
<i>azelastine hcl</i>	150	<i>betaxolol hcl</i>	58, 151
<i>azelastine hydrochloride</i>	154	<i>bethanechol chloride</i>	126
<i>azithromycin</i>	34	BEVESPI	153
<i>aztreonam</i>	19	<i>bexarotene</i>	41, 166
<i>azurette</i>	103	BEXSERO	135
B		<i>bicalutamide</i>	39
<i>b-12 quick dissolve</i>	172	BICILLIN L-A.....	36
<i>bacid</i>	172	BIKTARVY	28
<i>bacitracin</i>	148, 172	BILDYOS	100
<i>bacitracin/neomycin/polymyxin</i>	172	BILPREVDA	100
<i>bacitracin/polymyxin</i>	172	BIMZELX.....	130
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	148	<i>biohm childrens suplemento probiotico</i>	173
<i>bacitracin zinc</i>	172	<i>bion tears</i>	173
<i>baclofen</i>	93	<i>bisacodyl</i>	173
BAFIERTAM.....	92	<i>bisacodyl supositorio</i>	173
<i>balmex multi-purpose</i>	173	<i>bismuth subsalicylate</i>	173
<i>balsalazide disodium</i>	121	<i>bisoprolol</i>	59
BALVERSA.....	42	<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	58
<i>balziva</i>	103	<i>blisovi 24 fe</i>	103
BARACLUE	30	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	103
<i>bayer advanced aspirin extra strength</i>	173	<i>blisovi fe 1/20</i>	103
BCG	135	BLUJEPA	19
BD ALCOHOL SWABS.....	95	BONSITY	100
BD GLUCOSE TABLETA	173	BOOSTRIX.....	135
BD INSULIN JERINGA.....	95	<i>bosentan</i>	65
BD PEN AGUJA/ORIGINAL/ ULTRAFINA/29 G X 1/2.....	95	BOSULIF	42
BD PLUMA	95	BRAFTOVI.....	42
<i>benazepril hydrochloride</i>	52	BREO ELLIPTA	158
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	52	BREZTRI	153
BENLYSTA.....	134	<i>briellyn</i>	103
<i>benzoyl peroxide</i>	173	<i>brimonidine tartrate</i>	151
BENZOYL PEROXIDE	173	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	151
<i>benzoyl peroxide wash</i>	173	<i>brinzolamide</i>	151
<i>benztropine mesylate</i>	72	<i>brivaracetam</i>	80
BENZYL ACOHOL.....	173	BRIVIACT.....	80
BENZYL BENZOATE	173	<i>bromfenac</i>	150
BERINERT	129	<i>bromfenac sodium</i>	150
BESIFLOXACIN HYDROCHLORIDE	148	<i>bromocriptine mesylate</i>	72, 73
BESIVANCE.....	148	BRUKINSA	42
BESREMI	41	<i>budesonide</i>	158
<i>betaine anhydrous polvo</i>	114	<i>budesonide aerosol nasal</i>	173
<i>betamethasone dipropionate</i>	163	<i>budesonide dr</i>	121
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	163	<i>budesonide er</i>	121
		<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	158
		<i>bumetanide</i>	62

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>buprenorphine</i>	16	CAPRELSA.....	43
<i>buprenorphine hcl</i>	94	<i>capsaicin</i>	175
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	93, 94	<i>captopril</i>	52
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	94	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	52
<i>bupropion</i>	68	<i>carbamazepine</i>	80
BUPROPION.....	68	<i>carbamazepine er</i>	80
<i>bupropion hydrochloride er</i>	68, 94	<i>carbamoxide ear drops</i>	175
<i>bupirone hcl</i>	66	<i>carbidopa</i>	73
<i>bupirone hydrochloride</i>	66	<i>carbidopa/levodopa</i>	73
<i>butenafine hydrochloride</i>	173	CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE.....	73
<i>butorphanol tartrate</i>	17	<i>carbidopa/levodopa er</i>	73
C		<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables</i>	73
<i>cabergoline</i>	114	CARBINOXAMINE.....	154
CABOMETYX.....	42	<i>carbinoxamine maleate</i>	154
<i>calamine</i>	173	<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	175
CALAMINE LOCIÓN.....	173	<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel</i>	175
CALAMINE LOTION.....	173	<i>carboxymethylcellulose sodium solución oftálmica</i>	175
<i>calcipotriene</i>	162	<i>carglumic acid</i>	114
<i>calcitonin-salmon</i>	100	<i>carteolol hcl</i>	151
<i>calcitrene</i>	162	<i>cartia xt</i>	60
<i>calcitriol</i>	118	<i>carvedilol</i>	59
CALCITRIOL.....	162	<i>carvedilol phosphate er</i>	59
CALCIUM + D3.....	174	<i>casprofungin acetate</i>	23
<i>calcium 500 + d</i>	174	CASTOR OIL.....	175
CALCIUM 500 + D3 HIGH POTENCY.....	174	<i>castor oil stimulant laxative</i>	175
<i>calcium 600 + d</i>	174	CAYSTON.....	19
<i>calcium 600 + d plus minerals</i>	174	<i>cefaclor</i>	32
CALCIUM 600 + MINERALS.....	174	CEFACTOR ER.....	32
<i>calcium 600/vitamin d</i>	174	<i>cefadroxil</i>	32
<i>calcium antacid extra strength</i>	174	<i>cefazolin</i>	32
<i>calcium antacid ultra</i>	174	CEFAZOLIN.....	32
<i>calcium carbonate</i>	174	CEFAZOLIN/DEXTROSE.....	32
CALCIUM CARBONATE.....	174	<i>cefazolin sodium</i>	32
<i>calcium citrate</i>	174	CEFAZOLIN SODIUM.....	32
<i>calcium oyster shell</i>	174	<i>cefdinir</i>	32
<i>calcium polycarbophil</i>	174	<i>cefepime</i>	32
<i>calcium tableta 500 mg</i>	174	<i>cefixime</i>	32, 33
<i>calcium tableta 1500 mg, 600 mg</i>	174	<i>cefotetan</i>	33
<i>calcium/vitamin d</i>	175	<i>cefoxitin</i>	33
CALQUENCE.....	42	<i>cefpodoxime proxetil</i>	33
<i>camila</i>	103	<i>cefprozil</i>	33
CAMRESE.....	103	<i>ceftaroline</i>	33
CAMRESE LO.....	103	<i>ceftazidime</i>	33
<i>candesartan cilexetil</i>	55	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	33
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>ceftriaxone sodium</i>	33
CAPLYTA.....	74	CEFTRIAOXONE SODIUM.....	33
		<i>cefuroxime axetil</i>	33

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cefuroxime sodium</i>	33	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	35
<i>celecoxib</i>	14	CIPRO HC	153
<i>cephalexin</i>	33, 34	<i>citalopram hydrobromide</i>	68
<i>cerave baby pomada curativa</i>	175	<i>claravis</i>	159
CERDELGA	114	<i>clarithromycin</i>	34
<i>cetirizine hcl</i>	175	<i>clarithromycin er</i>	34
<i>cetirizine hydrochloride</i>	154, 175	<i>clear eyes natural tears lubricant</i>	176
<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride</i>	175	<i>clemastine fumarate</i>	154
<i>cevimeline hydrochloride</i>	168	CLENPIQ	122
<i>champú anticaspa</i>	172	<i>clever choice glucose control low</i>	176
<i>charlotte 24 fe</i>	103	<i>clindacin</i>	159
<i>chateal eq</i>	103	<i>clindamycin hcl</i>	19
CHEMET	101	<i>clindamycin hydrochloride</i>	19
CHEMSTRIP 2 EN TIRAS	175	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	19
CHEMSTRIP 9 TIRAS	175	<i>clindamycin phosphate</i>	19, 20, 127, 160
CHEMSTRIP UGK	175	<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	19
CHERRY SYRUP	175	<i>clindamycin phosphate (dos veces al día)</i>	160
<i>chewable vitamin c</i>	176	<i>clindamycin phosphate (una vez al día)</i>	160
<i>childrens pepto</i>	176	CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE	20
CHLOPHEDIANOL/DEXCHLOPHENIRAMINE./PSEUDOEPHEDRINE	176	CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 5 %	144
<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	19	CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 10 %	144
<i>chloraseptic</i>	176	CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 15 %	144
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	66	CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 20 %	145
<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	66	CLINIMIX 6/5	145
<i>chlorhexidine gluconate</i>	168	CLINIMIX 8/10	145
<i>chloroquine phosphate</i>	25	CLINIMIX 8/14	145
<i>chlorpheniramine maleate</i>	176	<i>clinisol sf</i>	146
<i>chlorpromazine hcl</i>	75	CLINOLIPID	146
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	75	<i>clinpro 5000 pasta</i>	168
<i>chlorthalidone</i>	62	<i>clobazam</i>	80, 81
<i>chocolated laxative</i>	176	<i>clobetasol propionate</i>	163
<i>cholestyramine</i>	57	<i>clobetasol propionate e</i>	163
<i>cholestyramine light</i>	57	<i>clodan</i>	163
<i>ciclopirox</i>	161	<i>clomipramine hydrochloride</i>	68
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	161	<i>clonazepam</i>	81
<i>ciclopirox olamine</i>	161	<i>clonazepam tabs. bucodispersables</i>	81
<i>cilostazol</i>	129	<i>clonidine</i>	63
CILOXAN	148	<i>clonidine hydrochloride</i>	63
CIMDUO	28	<i>clopidogrel</i>	130
<i>cimetidine</i>	121, 176	<i>clorazepate dipotassium</i>	81
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	68, 115	<i>clorzoxazone</i>	93
<i>ciprofloxacin</i>	153	<i>clotrimazole</i>	161, 176
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	153	<i>clotrimazole 3</i>	176
<i>ciprofloxacin hcl</i>	34	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	161
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	35, 148	<i>clotrimazole external</i>	176
		<i>clotrimazole past. para chup.</i>	168
		<i>clotrimazole vaginal</i>	176

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>clozapine</i>	75	<i>culturelle probiotics kids</i>	178
<i>clozapine tabs. bucodispersables</i>	75	<i>culturelle ultimate strength probiotic</i>	178
COARTEM	25	<i>cutter aerosol</i>	178
COBENFY	75	<i>cutter all family</i>	178
COBENFY STARTER PACK	75	<i>cutter backwoods dry</i>	178
CODEINE SULFATE	17	<i>cutter skinsations</i>	178
<i>colchicine</i>	14	<i>cutter sport</i>	178
<i>cold & cough childrens</i>	176	<i>cvs advanced probiotic gomitas</i>	178
<i>cold/flu daytime relief</i>	176	<i>cvs chewable probiotic childrens</i>	178
<i>coleman 100 max insect repellent/continuous spray</i> ..	176	<i>cvs digestive probiotic</i>	178
<i>coleman insect repellent/high & dry</i>	177	<i>cvs insect repellent</i>	178
<i>coleman insect repellent/sportsmen</i>	177	<i>cvs natural tears pf</i>	178
<i>colesevelam hydrochloride</i>	57	<i>cvs petroleum gel w/ vitamin e</i>	178
<i>colestipol hydrochloride</i>	57	<i>cvs probiotic</i>	178
<i>colistimethate sodium</i>	20	<i>cvs probiotic childrens</i>	178
COMBIGAN	151	<i>cvs scalp relief</i>	178
COMBIVENT RESPIMAT	153	<i>cvs sleep-aid nighttime</i>	178
COMETRIQ KIT	43	<i>cvs total home insect repellent</i>	179
<i>compro</i>	119	<i>cyanocobalamin</i>	179
CONDOMS	177	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	93
<i>conjugated estrogens</i>	112	<i>cyclophosphamide cápsula</i>	38
<i>consulose</i>	122	CYCLOPHOSPHAMIDE TABLETA	38
<i>contour low control</i>	177	<i>cycloserine</i>	29
<i>contour next level 1 solución de control</i>	177	<i>cyclosporine</i>	134
<i>contour next level 2 solución de control</i>	177	<i>cyclosporine modified</i>	134
<i>contour normal control</i>	177	<i>cyproheptadine hcl</i>	154
COPIKTRA	43	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	155
CORLANOR	63	<i>cyred eq</i>	103
<i>corn and callus remover</i>	177	CYSTAGON	115
<i>cortizone-10 feminine itch relief maximum strength</i> ..	177	CYSTARAN	152
COTELLIC	43		
<i>cottonseed oil</i>	177	D	
<i>crema hidratante</i>	190	<i>dabigatran</i>	127
CREON	123	<i>daily chewable probiotic-14</i>	179
CRESEMBA	23	<i>daily probiotic supplement</i>	179
<i>cromolyn sodium</i>	123, 151, 156, 177	<i>dalfampridine er</i>	92
<i>cryselle</i>	103	<i>danazol</i>	95
<i>cryselle-28</i>	103	<i>dantrolene sodium</i>	93
<i>culturelle adult ultimatebalance</i>	177	DANZITEN	43
<i>culturelle digestive daily probiotic pro strength</i>	177	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL	97
<i>culturelle digestive health</i>	177	<i>dapsone</i>	20, 160
<i>culturelle health & wellness</i>	177	DAPTACEL	135
<i>culturelle immune defense</i>	177	<i>daptomycin</i>	20
<i>culturelle kids immune defense</i>	177	DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	20
<i>culturelle kids immune defense probiotic</i>	177	<i>darunavir</i>	25
<i>culturelle kids probiotic+ veggie fiber</i>	178	<i>dasatinib</i>	43
<i>culturelle probiotic & prebiotic</i>	178	<i>dasetta 1/35</i>	104

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>dasetta 7/7/7</i>	104	<i>dextrose 10 %</i>	146
DAURISMO	43	DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %.....	138
<i>daysee</i>	104	DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %....	138
<i>day-time pe cold/flu relief</i>	179	<i>dextrose 50 %</i>	146
DAYVIGO	90	<i>dextrose 70 %</i>	146
<i>deblitane</i>	104	<i>dextrose/sodium chloride</i>	138
<i>deferasirox</i>	101	<i>dhs tar champú</i>	179
DELSTRIGO	28	DIACOMIT.....	81
<i>delyla</i>	104	<i>dialyvitte chewable probiotic</i>	179
DENGVAXIA	135	DIASTIX TIRA	179
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE.....	168	<i>diatrue glucose solución de control level 1 solución</i> ..	179
<i>dentagel</i>	168	<i>diatrue glucose solución de control level 2 solución</i> ..	179
DEPO-SUBQ PROVERA.....	104	<i>diazepam</i>	81
DESCOVY.....	28	DIAZEPAM	81
<i>desipramine hydrochloride</i>	68	<i>diazepam intensol</i>	81
<i>desitin multi-purpose healing</i>	179	<i>diazoxide</i>	114
<i>desloratadine</i>	155	<i>diclofenac potassium</i>	14
<i>desloratadine tabs. bucodispersables</i>	155	<i>diclofenac sodium</i>	150, 166, 179
<i>desmopressin acetate</i>	115	<i>diclofenac sodium dr</i>	15
<i>desonide</i>	164	<i>diclofenac sodium er</i>	15
<i>desoximetasone</i>	164	<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	15
<i>dessmopressin acetate</i>	115	<i>dicloxacillin sodium</i>	36
<i>desvenlafaxine er</i>	68	<i>dicyclomine hcl</i>	120
<i>dexamethasone</i>	113	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	120, 121
<i>dexamethasone intensol</i>	113	DIFICID	34
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	150	<i>diftunisal</i>	15
<i>dexlansoprazole</i>	125	<i>difluprednate</i>	150
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	88	<i>digestive advantage daily digestive & immune</i> <i>support</i>	179
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	88	<i>digestive advantage kids daily digestive & immune</i> <i>support</i>	179
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	88	<i>digestive advantage kids daily probiotic+gen prebiotic</i> <i>fiber</i>	180
<i>dextroamphetamine</i>	88	<i>digestive advantage kids daily probiotic gomitas</i>	179
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	88	<i>digestive advantage multi-strain probiotic ultra</i>	180
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	88	<i>digestive advantage prebiotic+probiotic</i>	180
<i>dextromethorphan/guaifenesin</i>	179	<i>digestive advantage probiotic gomitas</i>	180
<i>dextromethorphan hbr</i>	179	<i>digestive probiotic</i>	180
<i>dextromethorphan hydrobromide/guaifenesin</i>	179	<i>digox</i>	64
<i>dextromethorphan polistirex er</i>	179	<i>digoxin</i>	63, 64
DEXTROSE.....	146	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	90
DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %... 138		DILANTIN	82
<i>dextrose 5 %</i>	146	DILANTIN-125	81
DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE n.º 48.....	138	DILANTIN INFATABS	81
DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS.....	138	<i>diltiazem</i>	60
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %.....	138	<i>diltiazem hcl</i>	60
<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 %</i>	138	DILTIAZEM HCL	60
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 %.....	138		
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.33 %.....	138		
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %.....	138		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>diltiazem hcl er</i>	60	<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	69
<i>diltiazem hydrochloride</i>	60	DUPIXENT.....	131
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	60	DUREX REALFEEL NON-LATEX DISPOSITIVO.....	180
<i>dilt-xr</i>	60	<i>dutasteride</i>	125
<i>dimenhydrinate</i>	180	<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	125
DIMENHYDRINATE.....	119	<i>d-vi-sol</i>	181
<i>diphenhydramine hcl</i>	180	<i>dynashield</i>	181
<i>diphenhydramine hcl/zinc acetate</i>	180	E	
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	155, 180	<i>easy check glucose solución de control normal</i>	181
<i>diphenoxylate/atropine</i>	123	<i>easy max solución de control normal</i>	181
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	123	<i>easy plus ii solución de control low</i>	181
<i>dipyridamole</i>	130	<i>easy step solución de control low</i>	181
<i>disopyramide phosphate</i>	55	<i>easy talk plus ii control low</i>	181
<i>disulfiram</i>	94	<i>easy talk solución de control low</i>	181
<i>divalproex sodium dr</i>	82	<i>easy talk solución de control normal</i>	181
<i>divalproex sodium er</i>	82	<i>easy trak glucose solución de control low</i>	181
<i>docosanol</i>	180	<i>easy trak glucose solución de control normal</i>	181
<i>docusate calcium</i>	180	<i>easy trak ii solución de control/normal</i>	181
<i>docusate sodium</i>	180	<i>econazole nitrate</i>	161
DOCUSATE SODIUM.....	180	EDARBI.....	55
<i>dofetilide</i>	55	EDARBYCLOR.....	54
<i>dolishale</i>	104	<i>ed chlorped jr</i>	181
<i>donepezil hcl</i>	67	EDURANT.....	25
<i>donepezil hydrochloride</i>	67	EDURANT PED.....	25
DOPTELET.....	129	<i>efavirenz</i>	25
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	151	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	28
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	151	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	28
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	151	<i>effe-k</i>	140
<i>dotti</i>	112	<i>effervescent pain relief</i>	181
DOVATO.....	28	<i>element low control</i>	181
<i>doxazosin mesylate</i>	53	<i>element normal control</i>	181
<i>doxepin hcl</i>	69	<i>eletriptan hydrobromide</i>	90
<i>doxepin hydrochloride</i>	69, 90, 166	ELIGARD.....	39
<i>doxercalciferol</i>	118	<i>elinst</i>	104
<i>doxy 100</i>	37	ELIQUIS.....	127
<i>doxycycline</i>	37, 166	ELIQUIS PAQ. INICIAL.....	127
<i>doxycycline hyclate</i>	37	<i>eluyring</i>	104
<i>doxycycline monohydrate</i>	37	<i>embrace evo glucose solución de control level 1</i>	181
DRIZALMA.....	69	<i>embrace solución de control low</i>	181
<i>dronabinol</i>	119	<i>embrace talk glucose solución de control low</i>	181
<i>drospirenone</i>	104	EMEND.....	119
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i>	104	EMSAM.....	69
DROXIA.....	129	<i>emtricitabine</i>	25
<i>droxidopa</i>	64	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	28
<i>dry eye relief drops</i>	180	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	28
DUAVEE.....	112	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	28
DULERA.....	159		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
EMTRIVA.....	25	<i>esomeprazole magnesium</i>	125, 182
EMVERM.....	20	<i>esomeprazole magnesium dr</i>	182
<i>emzahn</i>	104	<i>esomeprazole sodium</i>	125
<i>enalapril maleate</i>	52	<i>estarylla</i>	104
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	52	<i>estradiol</i>	112
ENBREL.....	131	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	112
ENBREL MINI.....	131	<i>estradiol valerate</i>	112
ENBREL SURECLICK.....	131	ESTRING.....	112
ENCARE.....	182	<i>ethambutol hydrochloride</i>	29
<i>endocet</i>	17	<i>ethosuximide</i>	82
<i>enema disposable</i>	182	ETHYL OLEATE	182
ENGERIX-B.....	135	<i>ethynodiol</i>	104
<i>enilloring</i>	104	<i>etodolac</i>	15
<i>enoxaparin sodium</i>	127	<i>etodolac er</i>	15
ENSACOVE	43	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	104
<i>enskyce</i>	104	<i>etravirine</i>	26
<i>entacapone</i>	73	EUCRISA.....	166
<i>entecavir</i>	30	EULEXIN	39
ENTRESTO	54	<i>everolimus</i>	43, 44, 134
<i>enulose</i>	122	<i>evolution solución de control normal</i>	182
EPCLUSA.....	30	EVOTAZ.....	28
EPIDIOLEX.....	82	<i>exemestane</i>	39
<i>epinastine hcl</i>	151	<i>ex-lax</i>	182
<i>epinephrine</i>	156	EXTENCILLINE.....	36
<i>eplerenone</i>	53	EXXUA.....	69
<i>epoprostenol sodium</i>	65	EXXUA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	69
EPRONTIA.....	82	<i>eye allergy relief</i>	182
<i>eql 2 in 1 probiotic</i>	182	EYSUVIS.....	152
<i>eql 4x probiotic</i>	182	<i>ezetimibe</i>	57
<i>ergocalciferol</i>	182	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	57
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	90	F	
ERIVEDGE.....	43	<i>falmina</i>	105
ERLEADA.....	39	<i>famciclovir</i>	30
<i>erlotinib hydrochloride</i>	43	<i>famotidine</i>	121, 182
<i>errin</i>	104	<i>famotidine premixed</i>	121
ERTACZO.....	161	FANAPT	76
<i>ertapenem sodium</i>	20	FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS A ..	76
<i>ery</i>	160	FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS B ..	76
<i>erythromycin dr</i>	34	FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS C ..	76
<i>erythromycin</i>	148, 160	FARXIGA	97
<i>erythromycin base</i>	34	FASENRA.....	156, 157
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	160	FC2 FEMALE CONDOM.....	182
<i>erythromycin lactobionate</i>	34	<i>febuxostat</i>	14
ERZOFRI.....	75, 76	<i>feirza 1.5/30</i>	105
<i>escitalopram oxalate</i>	69	<i>feirza 1/20</i>	105
ESCITALOPRAM OXALATE.....	69	<i>felbamate</i>	82
<i>eslicarbazepine acetate</i>	82		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>felodipine er</i>	61	<i>fluocinonide</i>	164
<i>fenofibrate</i>	56	<i>fluocinonide emulsified base</i>	164
<i>fenofibrate micronized</i>	56	<i>fluoride</i>	140
<i>fenofibric acid dr</i>	56	<i>fluoridex daily defense</i>	168
<i>fenopropfen calcium</i>	15	FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE ...	168
FENOPROPFEN CALCIUM	15	<i>fluorimax 5000</i>	168
<i>fentanyl</i>	16	FLUORIMAX 5000 SENSITIVE.....	168
FERRETT'S CHEWABLE IRON	182	<i>fluorometholone</i>	150
<i>ferrous fumarate 324</i>	182	<i>fluorouracil</i>	166
<i>ferrous gluconate tableta 240 mg, 324 mg</i>	182	FLUOROURACIL.....	166
<i>ferrous sulfate</i>	182, 183	<i>fluoxetine dr</i>	70
FERROUS SULFATE.....	183	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	70
<i>fesoterodine fumarate er</i>	126	<i>fluphenazine decanoate</i>	76
FETZIMA	70	<i>fluphenazine hcl</i>	76
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS ...	70	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	76
<i>fexofenadine hcl childrens allergy</i>	183	<i>flurbiprofen</i>	15
<i>fexofenadine hydrochloride</i>	183	<i>flurbiprofen sodium</i>	150
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine</i> <i>hydrochloride er</i>	183	<i>fluticasone</i>	159
FIASP.....	96	<i>fluticasone propionate</i>	158, 164, 183
FIASP FLEXTOUCH.....	96	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	159
FIASP PENFILL.....	96	FLUTICASONE PROPIONATE/SALMETEROL HFA.....	159
FIASP PUMPCART.....	96	<i>fluvastatin</i>	57
<i>fiber powder</i>	183	<i>fluvastatin sodium er</i>	57
<i>fidaxomicin</i>	34	<i>fluvoxamine maleate</i>	66
<i>finasteride</i>	125	<i>fluvoxamine maleate er</i>	66
<i>ingolimid hydrochloride</i>	92	<i>folic acid</i>	183
FINTEPLA.....	82	<i>folic acid/vitamin b-6/vitamin b-12</i>	183
<i>finzala</i>	105	FOLPLEX 2.2	183
FIRMAGON	39	<i>fomepizole</i>	115
<i>flac</i>	153	<i>fondaparinux sodium</i>	127
<i>flanders buttocks</i>	183	<i>fondcircle solución de control</i>	183
FLAREX.....	150	<i>foracare gdh solución de control low</i>	184
FLAVORX.....	183	<i>foracare gdh solución de control normal</i>	184
<i>flecainide acetate</i>	55	FORA GTEL BLOOD KETONE TIRAS REACTIVAS	184
<i>florastart</i>	183	<i>fora solución de control low</i>	183
<i>florastor</i>	183	<i>fora solución de control normal</i>	184
<i>floraxis</i>	183	<i>fortiscare solución de control low</i>	184
<i>fluconazole</i>	23, 24	<i>fortiscare solución de control normal</i>	184
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	23	<i>fosamprenavir calcium</i>	26
<i>fluconazole/sodium chloride</i>	23	<i>fosfomycin tromethamine</i>	20
<i>flucytosine</i>	24	<i>fosinopril sodium</i>	53
<i>fludrocortisone acetate</i>	113	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	52
<i>flunisolide</i>	158	<i>fosphenytoin sodium</i>	82
<i>fluocinolone acetonide</i>	153, 164	FOTIVDA	44
<i>fluocinolone acetonide para el cuerpo</i>	164	FRAGMIN	128
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	164		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fraiche 5000 dental</i>	168	<i>glatiramer acetate</i>	92
<i>free + pure daily probiotic</i>	184	<i>glatopa</i>	92
FRUZAQLA	44	GLEOSTINE.....	38
<i>ft probiotic</i>	184	<i>glimepiride</i>	97
<i>ft probiotic childrens</i>	184	<i>glipizide</i>	98
<i>furosemide</i>	62	<i>glipizide er</i>	97, 98
FUZEON.....	26	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	98
<i>fyavolv</i>	112	<i>glucocard 01 solución de control/normal</i>	184
FYCOMPA.....	82	<i>glucocard x-meter solución de control/normal</i>	184
G		<i>glucocom normal control</i>	184
<i>gabapentin</i>	82, 83	<i>glucose control normal</i>	185
<i>galantamine hydrobromide</i>	67	GLUCOSE (DEXTROSE) 50 %	146
<i>galantamine hydrobromide er</i>	67	GLUCOSE (DEXTROSE) 70 %	146
<i>galbriela</i>	105	<i>glucose gel</i>	185
<i>gallifrey</i>	117	<i>glucose tableta</i>	185
GAMASTAN	133	GLYCERIN.....	185
GAMMAKED.....	133	<i>glycerin adult supositorio</i>	185
GAMUNEX-C	133	<i>glycerin external líquido</i>	185
<i>ganciclovir</i>	30	<i>glycerin infants & children suppository</i>	185
GARDASIL 9	136	<i>glycerin infant suppository</i>	185
GASAS CURITY.....	95	<i>glycopyrrolate</i>	121
<i>gatifloxacin</i>	148	GLYXAMBI	98
GATTEX	123	<i>gnp probiotic extra strength</i>	185
<i>gavilyte-c</i>	122	<i>gnp vitamin a/d pomada</i>	185
<i>gavilyte-g</i>	122	<i>gojji solución de control normal</i>	185
<i>gavilyte-n/paquete saborizado</i>	122	GOMEKLI	44
GAVISCON	184	GOOD START SUPREME AGUA ESTÉRIL.....	185
GAVRETO	44	<i>granisetron hydrochloride</i>	119
<i>ge100 solución de control normal</i>	184	<i>griseofulvin microsize</i>	24
<i>gefitinib</i>	44	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	24
<i>gemfibrozil</i>	56	<i>guaifenesin</i>	185
GEMTESA.....	126	<i>guaifenesin/codeine</i>	185
<i>generlac</i>	122	<i>guaifenesin/dextromethorphan</i>	186
<i>gengraf</i>	134	<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide</i>	185, 186
GENOTROPIN	115	<i>guaifenesin er</i>	185
GENOTROPIN MINIQUICK	115	<i>guanfacine</i>	88
<i>gentamicin sulfate</i>	20, 149, 160	<i>guanfacine hydrochloride</i>	64
<i>gentamicin sulfate pediátrico</i>	20	H	
<i>gentamicin sulfate/sodium chloride</i>	20	HADLIMA.....	131
GENTEAL SEVERE TEARS.....	184	HADLIMA PUSHTOUCH.....	131
<i>genteal tears liquid drops moderate</i>	184	HAEGARDA	129
<i>genteal tears mild</i>	184	<i>hailey 1.5/30</i>	105
<i>genteal tears moderate pf</i>	184	<i>hailey 24 fe</i>	105
<i>genteal tears severe day/night</i>	184	<i>hailey fe 1.5/30</i>	105
GENVOYA	28	<i>hailey fe 1/20</i>	105
GILOTRIF	44	<i>halobetasol propionate</i>	164

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>haloette</i>	105	I	
<i>haloperidol</i>	76	<i>ibandronate sodium</i>	100
<i>haloperidol decanoate</i>	76	IBRANCE.....	44
<i>haloperidol lactate</i>	76	IBTROZI.....	44
HAVRIX.....	136	<i>ibu</i>	15
<i>heather</i>	105	<i>ibuprofen</i>	15, 186, 187
<i>hemorrhoidal pomada</i>	186	<i>ibuprofen infants</i>	186
<i>heparin sodium</i>	128	<i>ibuprofen junior strength</i>	186
HEPARIN SODIUM.....	128	<i>icatibant acetate</i>	129
HEPARIN SODIUM/D5W.....	128	<i>iclevia</i>	105
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE.....	128	ICLUSIG.....	44
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 %.....	128	IDHIFA.....	45
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE.....	128	<i>imatinib mesylate</i>	45
HEPLISAV-B.....	136	IMBRUVICA.....	45
HERNEXEOS.....	44	<i>imipenem/cilastatin</i>	20
HIBERIX.....	136	<i>imipramine hcl</i>	70
<i>histex</i>	186	<i>imipramine hydrochloride</i>	70
HUMIRA.....	131	<i>imiquimod</i>	166
HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO).....	96	IMIQUIMOD PUMP.....	166
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	96	IMKELDI.....	45
<i>hydralazine hydrochloride</i>	64	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	136
<i>hydrocerin</i>	186	IMPAVIDO.....	20
<i>hydrochlorothiazide</i>	62, 63	INBRIJA.....	73
<i>hydrocodone</i>	17, 18	<i>incassia</i>	105
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	18	INCRELEX.....	115
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	17	INCRUSE ELLIPTA.....	154
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	16	<i>indapamide</i>	63
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	18	INFANRIX.....	136
<i>hydrocortisone</i>	113, 121, 165, 186	<i>infinity solución de control normal</i>	187
HYDROCORTISONE.....	186	<i>infinity voice level 2</i>	187
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	153	INLURIYO.....	39
<i>hydrocortisone/aloe</i>	186	INLYTA.....	45
<i>hydrocortisone perianal</i>	166	INQOVI.....	38
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	113	INREBIC.....	45
<i>hydrocortisone valerate</i>	165	INSTA-GLUCOSE GEL.....	187
<i>hydrolatum</i>	186	INSULIN ASPART.....	96
<i>hydromorphone hcl</i>	18	INSULIN ASPART FLEXPEN.....	96
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE.....	18	INSULIN ASPART PENFILL.....	96
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	133	INTELENCE.....	26
<i>hydroxyurea</i>	41	<i>introvale</i>	105
<i>hydroxyzine</i>	155	INVEGA HAFYERA.....	76
<i>hydroxyzine hcl</i>	155	INVEGA SUSTENNA.....	76, 77
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	155	INVEGA TRINZA.....	77
<i>hydroxyzine pamoate</i>	155	<i>inyección de electrolitos múltiples tipo 1</i>	139
HYRNUO.....	44	IPOL INACTIVADA IPV.....	136
		<i>ipratropium bromide</i>	154
		<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	154

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>irbesartan</i>	55	<i>junel 1/20</i>	106
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>junel fe 1.5/30</i>	106
<i>iron</i>	187	<i>junel fe 1/20</i>	106
IRON	187	<i>junel fe 24</i>	106
<i>iron 100 plus</i>	187	<i>just right 5000</i>	168
IRON CHEWS PEDIATRIC	187	<i>just tears eye drops</i>	187
ISENTRESS	26	JYLAMVO	133
ISENTRESS HD	26	JYNNEOS	136
<i>isibloom</i>	105	K	
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5 %	138	<i>kaitlib fe</i>	106
ISOLYTE-S	139	<i>kala</i>	187
ISOLYTE-S PH 7.4	138	KALETRA	28
<i>isoniazid</i>	29	<i>kalliga</i>	106
<i>isopropyl alcohol toallitas</i>	187	KALYDECO	157
<i>isosorbide dinitrate</i>	64	<i>kaopectate</i>	187
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	64	<i>kaopectate extra strength</i>	187
<i>isosorbide mononitrate er</i>	64	<i>kariva</i>	106
<i>isotonic gentamicin</i>	20	KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.9 %	139
<i>isotretinoin</i>	160	KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.45 %	139
<i>isradipine</i>	61	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.2 %	139
ITOVEBI	45	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.9 %	139
<i>itraconazole</i>	24	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.45 %	139
<i>ivabradine hydrochloride</i>	64	KCL 0.075 %/D5W/NACL 0.45 %	139
<i>ivermectin</i>	20, 21, 187	KEIMPTA	93
IVIZIA SEVERE/NIGHT DRY EYES	187	<i>kelnor 1/35</i>	106
IWILFIN	41	KERENDIA	53
IXIARO	136	<i>kerodex 71 wet</i>	187
J		<i>ketoconazole</i>	24, 161
<i>jaimiess</i>	105	<i>ketodan</i>	161
JAKAFI	45	KETONE TIRAS REACTIVAS	187
<i>jantoven</i>	128	<i>ketorolac tromethamine</i>	15, 150
JANUMET	98	KETOSTIX TIRA	188
JANUMET XR	98	<i>ketotifen fumarate</i>	188
JANUVIA	98	KINERET	131
JARDIANCE	98	KINRIX	136
<i>jasmiel</i>	105	<i>kionex</i>	101
<i>javygtor</i>	115	KISQALI	45
JAYPIRCA	45	KISQALI FEMARA 400 DOSE	45
<i>jencycla</i>	105	KISQALI FEMARA 600 DOSE	45
JENTADUETO	98	<i>klayesta</i>	162
JENTADUETO XR	98	<i>klor-con</i>	141
<i>jinteli</i>	112	<i>klor-con 8</i>	140
JOLESSA	105	<i>klor-con 10</i>	140
<i>juleber</i>	106	<i>klor-con/ef</i>	141
JULUCA	28	<i>klor-con m10</i>	140
<i>junel 1.5/30</i>	106	<i>klor-con m15</i>	140

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>klor-con m20</i>	141	LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA	46
KLOXXADO	94	LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA	46
KOMZIFTI	46	<i>lessina</i>	106
KONSYL DAILY FIBER	188	<i>letrozole</i>	40
KOSELUGO	46	<i>leucovorin calcium</i>	41
<i>kourzeq</i>	168	LEUKERAN	38
<i>kp omega-3 fish oil</i>	188	<i>leuprolide acetate</i>	40
KRAZATI	46	<i>levalbuterol</i>	156
<i>kristalose</i>	122	<i>levalbuterol hcl</i>	156
<i>kurvelo</i>	106	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	156
L		LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	156
<i>labetalol hydrochloride</i>	59	<i>levetiracetam</i>	84
<i>lacosamide</i>	83	LEVETIRACETAM	84
<i>lactated ringers</i>	139	<i>levetiracetam er</i>	83
<i>lactobacillus</i>	188	LEVETIRACETAM/SODIUM CHLORIDE	83
LACTOSE MONOHYDRATE	188	<i>levobunolol hcl</i>	151
<i>lactulose</i>	122	<i>levocarnitine</i>	115
<i>lamivudine</i>	26, 30	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	155, 188
<i>lamivudine/zidovudine</i>	28	<i>levofloxacin</i>	35, 149
<i>lamotrigine</i>	83	<i>levofloxacin in d5w</i>	35
<i>lamotrigine er</i>	83	<i>levonest</i>	106
<i>lamotrigine kit inicial/kit anaranjado</i>	83	<i>levonorgestrel</i>	188
<i>lamotrigine kit inicial/kit azul</i>	83	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	106
<i>lamotrigine kit inicial/kit verde</i>	83	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	107
<i>lamotrigine tabs. bucodispersables</i>	83	<i>levora 0.15/30-28</i>	107
<i>lansoprazole</i>	125, 188	<i>levo-t</i>	117
LANTUS	96	LEVOTHYROCINE	117
LANTUS SOLOSTAR	96	<i>levothyroxine sodium</i>	118
<i>lapatinib ditosylate</i>	46	LEVOTHYROXINE SODIUM	117
<i>larin 1.5/30</i>	106	<i>levoxyl</i>	118
<i>larin 1/20</i>	106	<i>l-glutamine</i>	130
<i>larin 24 fe</i>	106	<i>liberty glucose control normal</i>	188
<i>larin fe 1.5/30</i>	106	LIBERVANT	84
<i>larin fe 1/20</i>	106	<i>lice killing champú</i>	188
<i>latanoprost</i>	151	<i>lice treatment</i>	188
<i>laxative maximum strength</i>	188	<i>lidocaine</i>	14, 165, 188
LAZCLUZE	46	<i>lidocaine hcl</i>	56
<i>leftunomide</i>	133	LIDOCAINE HCL	55
<i>lenalidomide</i>	40, 41	LIDOCAINE HCL IN D5W	55
LENTOCILIN	36	<i>lidocaine hydrochloride</i>	188
LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA	46	<i>lidocaine hydrochloride al 2 %</i>	14
LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA	46	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	168
LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA	46	<i>lidocaine/prilocaine</i>	165
LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA	46	<i>lidocaine viscous</i>	168
LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA	46	<i>lidocan</i>	165
LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA	46	LILETTA DISPOSITIVO INTRAUTERINO	107
		<i>linezolid</i>	21

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
LINEZOLID	21	<i>luizza 1.5/30</i>	107
LINZESS.....	123	<i>luizza 1/20</i>	107
<i>liomny</i>	118	LUMAKRAS	46, 47
<i>liothyronine sodium</i>	118	LUMIGAN.....	151
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	89	LUPRON DEPOT.....	40
<i>lisinopril</i>	53	LUPRON DEPOT-PED	115, 116
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	52	<i>lurasidone hydrochloride</i>	77
<i>lithium</i>	92	<i>luterá</i>	107
<i>lithium carbonate</i>	91, 92	<i>lyleq</i>	107
<i>lithium carbonate er</i>	91	<i>lyllana</i>	112
LIVTENCITY	30	LYNPARZA	47
<i>loción hidratante</i>	190	LYSODREN.....	40
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	107	LYTGOBI	47
<i>loestrin 1/20-21</i>	107	<i>lyza</i>	107
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	107	M	
<i>loestrin fe 1/20</i>	107	<i>maalox childrens</i>	189
LOHIST-DM JARABE.....	188	<i>magnesium</i>	139, 189
<i>lojaimiess</i>	107	<i>magnesium citrate</i>	189
LOKELMA	102	<i>magnesium oxide</i>	189
<i>lomustine</i>	38	MAGNESIUM SULFATE	139
LONSURF	38	<i>malathion</i>	167
<i>loperamide hydrochloride</i>	123, 188, 189	<i>maraviroc</i>	26
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE	189	<i>marlissa</i>	107
<i>lopinavir/ritonavir</i>	29	MARPLAN	70
<i>loratadine</i>	189	MATULANE.....	41
<i>loratadine childrens</i>	189	<i>matzim la</i>	61
<i>loratadine-d 12hr</i>	189	MAVYRET	30
<i>loratadine-d 24hr</i>	189	M-CLEAR WC	189
<i>lorazepam</i>	67	<i>meclizine</i>	119
<i>lorazepam intensol</i>	66	<i>meclizine hcl</i>	119
LORBRENA	46	<i>meclizine hydrochloride</i>	119, 189, 190
<i>loryna</i>	107	<i>medi-paste pomada</i>	190
<i>losartan potassium</i>	55	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	108, 117
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>mefloquine hydrochloride</i>	25
LOTEMAX	150	<i>megestrol acetate</i>	40, 117
LOTEMAX SM	150	MEKINIST	47
<i>loteprednol</i>	147	MEKTOVI	47
<i>loteprednol etabonate</i>	150	<i>melatonin</i>	190
<i>lovastatin</i>	57	<i>meleya</i>	108
<i>low-ogestrel</i>	107	<i>meloxicam</i>	15
<i>loxapine</i>	77	<i>memantine hcl paq. de ajuste de la dosis</i>	67
<i>lo-zumandimine</i>	107	<i>memantine hydrochloride</i>	67
<i>lubiprostona</i>	123	<i>memantine hydrochloride er</i>	67
<i>lubricant eye</i>	189	MENQUADFI.....	136
<i>lubricant eye drops</i>	189	MENVEO	136
<i>lubricant eye drops/dual-action</i>	189	<i>mercaptopurine</i>	38
<i>lubricating eye drops</i>	189		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>meropenem</i>	21	<i>microgestin 1/20</i>	108
<i>mesalamine</i>	122	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	108
<i>mesalamine dr</i>	121	<i>microgestin fe 1/20</i>	108
<i>mesna</i>	41	<i>midodrine hydrochloride</i>	64
<i>metformin hydrochloride</i>	99	MIEBO.....	152
<i>metformin hydrochloride er</i>	98, 99	<i>mifepristone</i>	116
<i>methadone hcl</i>	16	<i>miglitol</i>	99
<i>methadone hydrochloride</i>	16, 17	<i>mili</i>	108
<i>methazolamide</i>	63	<i>milk of magnesia</i>	190
<i>methenamine hippurate</i>	21	<i>mimvey</i>	112
<i>methenamine mandelate</i>	21	MINERAL OIL HEAVY.....	190
<i>methergine</i>	116	MINERAL OIL LIGHT	190
<i>methimazole</i>	118	<i>minerin crème</i>	190
<i>methotrexate</i>	39	<i>minocycline hcl</i>	37
<i>methotrexate sodium</i>	38, 39, 133	<i>minocycline hydrochloride</i>	37
<i>methoxsalen</i>	162	<i>minoxidil</i>	64
<i>methscopolamine bromide</i>	121	<i>mirtazapine</i>	70
<i>methsuximide</i>	84	<i>mirtazapine tabs. bucodispersables</i>	70
<i>methylergonovine maleate</i>	116	<i>misoprostol</i>	124
<i>methylphenidate</i>	89	M-M-R II	136
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	89	M-NATAL PLUS	141
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	89	<i>modafinil</i>	93
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER	89	MODEYSO.....	41
<i>methylprednisolone</i>	114	<i>moexipril hydrochloride</i>	53
<i>methylprednisolone acetate</i>	113	<i>molindone hydrochloride</i>	77
<i>methylprednisolone paq. de dosis</i>	113	<i>mometasone furoate</i>	158, 165
<i>methylprednisolone sodium succinate</i>	113, 114	<i>mondoxyne nl</i>	38
<i>methyltestosterone</i>	95	<i>mono-linyah</i>	108
<i>metoclopramide hcl</i>	119	<i>montelukast sodium</i>	156
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	119	<i>morphine</i>	18
<i>metoclopramide tabs. bucodispersables</i>	119	<i>morphine sulfate</i>	18
<i>metolazone</i>	63	MORPHINE SULFATE.....	18
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	58	<i>morphine sulfate er</i>	17
<i>metoprolol succinate er</i>	59	MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE.....	17
<i>metoprolol tartrate</i>	59	MOUNJARO	99
<i>metronidazole</i>	21, 167	MOVANTIK	124
<i>metronidazole vaginal</i>	127	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	35, 149
<i>metyrosine</i>	64	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	35
<i>mibelas 24 fe</i>	108	MRESVIA.....	136
<i>micafungin</i>	24	<i>mucinex fast-max congestion & headache maximum strength</i>	190
<i>miconazole</i>	190	<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain maximum strength</i>	191
<i>miconazole 1 kit</i>	190	<i>mucus dm</i>	191
<i>miconazole 3</i>	127, 190	MULTAQ	56
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	190	MULTI COMPLETE	191
MICONAZOLE 7	190	MULTIPLE VITAMINS/IRON	191
<i>miconazole nitrate</i>	190		
<i>microgestin 1.5/30</i>	108		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
MULTI-VITAMIN.....	191	NEUDEXTA.....	92
MULTIVITAMIN CHILDRENS.....	191	<i>nevirapine</i>	26
<i>multi vitamin/fluoride</i>	141	<i>nevirapine er</i>	26
<i>multivitamin/fluoride</i>	141	NEXLETOL.....	57
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	141	NEXLIZET.....	58
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON.....	192	NEXPLANON.....	108
MULTIVITAMIN PLUS IRON CHILDRENS.....	191	<i>niacin</i>	58, 193
<i>multivitamins</i>	192	<i>niacin er</i>	58
MULTI-VITAMINS/IRON.....	192	<i>niacin timed release</i>	193
MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER.....	192	<i>niacin tr</i>	193
<i>mupirocin</i>	160, 161	NIACIN TR.....	193
<i>mycamine</i>	24	<i>niacro</i>	58
<i>mycophenolate mofetil</i>	134, 135	<i>nicardipine hcl</i>	61
<i>mycophenolic acid dr</i>	135	<i>nicotine</i>	193
MYRBETRIQ.....	126	NICOTINE KIT SISTEMA TRANSDÉRMICO.....	193
N		<i>nicotine polacrilex</i>	193
<i>nabumetone</i>	16	<i>nicotine transdermal system patch</i>	193
<i>nadolol</i>	59	NICOTROL NS.....	94
<i>nafcillin sodium</i>	36	<i>nifedipine er</i>	61
<i>naloxone hcl</i>	94	<i>nikki</i>	108
<i>naloxone hydrochloride</i>	94, 192	<i>nilotinib</i>	47
NAMZARIC.....	67	NILOTINIB.....	47
<i>naproxen</i>	16	<i>nilutamide</i>	40
<i>naproxen dr</i>	16	NINLARO.....	47
<i>naproxen sodium</i>	16, 192, 193	<i>nisoldipine er</i>	61
<i>naratriptan</i>	90	<i>nitazoxanide</i>	21
<i>nasal mist</i>	193	<i>nitisinona</i>	116
NATACYN.....	149	NITRO-BID.....	65
<i>nateglinide</i>	99	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	21
<i>natrapel</i>	193	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	21
<i>natural fiber</i>	193	<i>nitroglycerin</i>	65, 167
NAYZILAM.....	84	NITROGLYCERIN.....	65
<i>nebivolol hydrochloride</i>	59	<i>nitroglycerin parche transdérmico</i>	65
<i>necon 0.5/35-28</i>	108	<i>nitroglycerin translingual</i>	65
<i>nefazodone hydrochloride</i>	70	NIVA-PLUS.....	141
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	149	<i>nizatidine</i>	121
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	148	NORA-BE.....	108
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	148	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	108
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	149	<i>norethindrone</i>	109
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	153	<i>norethindrone acetate</i>	117
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	148, 153	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	108, 113
<i>neomycin sulfate</i>	21	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	108
NEONATAL PLUS.....	141	<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous</i>	108
<i>neo-polycin</i>	149	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	109
<i>neo-polycin hc</i>	148	NORITATE.....	167
NERLYNX.....	47	<i>norlyroc</i>	109

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
NORPACE CR.....	56	<i>olanzapine</i>	77
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	109	<i>olanzapine tabs. bucodispersables</i>	77
<i>nortrel 1/35</i>	109	OLIVE OIL.....	194
<i>nortrel 7/7/7</i>	109	<i>olmesartan medoxomil</i>	55
<i>nortriptyline hcl</i>	70	<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	54
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	71	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	54
NORVIR.....	26	<i>olopatadine hcl</i>	155
NOVOLIN 70/30.....	96	<i>olopatadine hydrochloride</i>	194
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	96	<i>omega 3</i>	194
NOVOLIN N.....	96	<i>omega-3</i>	194
NOVOLIN N FLEXPEN.....	96	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	58
NOVOLIN R.....	96	<i>omega-3 fish oil</i>	194
NOVOLIN R FLEXPEN.....	96	<i>omeprazole</i>	125, 194
NOVOLOG.....	97	<i>omeprazole dr</i>	125, 194
NOVOLOG FLEXPEN.....	97	<i>omeprazole magnesium</i>	194
NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	97	ONCASPAR.....	41
NOVOLOG MIX 70/30.....	97	<i>ondansetron hcl</i>	119
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	97	<i>ondansetron hydrochloride</i>	119, 120
NOVOLOG PENFILL.....	97	<i>ondansetron tabs. bucodispersables</i>	120
NOVOLOG RELION.....	97	ONETOUCH ULTRA CONTROL.....	194
NUBEQA.....	40	ONETOUCH VERIO LEVEL 4 CONTROL.....	194
NULOJIX.....	135	ONUREG.....	39
NUPLAZID.....	77	OPILL.....	194
NURTEC.....	90	OPIPZA.....	78
NUTRILIPID.....	146	OPSUMIT.....	65
NUZYRA.....	38	OPTIONS GYNOL II VAGINAL CONTRACEPTIVE.....	194
<i>nyamyc</i>	162	<i>oralone pasta dental</i>	169
<i>nylia 1/35</i>	109	ORGOVYX.....	40
<i>nylia 7/7/7</i>	109	ORKAMBI.....	157
<i>nystatin</i>	24, 162, 168	<i>orquidea</i>	109
<i>nystop</i>	162	ORSERDU.....	40
O		<i>orsythia</i>	109
OCTAGAM.....	133	<i>oseltamivir phosphate</i>	31
<i>octreotide acetate</i>	116	OSPOMYV.....	101
ODEFSEY.....	29	<i>oxacillin sodium</i>	36
ODMZO.....	47	<i>oxaprozin</i>	16
OFEV.....	157	<i>oxazepam</i>	67
<i>off active</i>	193	<i>oxcarbazepine</i>	84
<i>off deep woods dry</i>	193	<i>oxybutynin chloride</i>	126
<i>off deep woods sportsmen</i>	193	<i>oxybutynin chloride er</i>	126
<i>off familycare clean feel</i>	193	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	19
<i>off smooth & dry</i>	193	<i>oxycodone hcl</i>	18
<i>ofloxacin</i>	149, 153	<i>oxycodone hydrochloride</i>	18, 19
OGSIVEO.....	47	<i>oxymetazoline hydrochloride</i>	194
OJEMDA.....	47, 48	OYSTER SHELL CALCIUM/D.....	194
OJJAARA.....	48		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
OZEMPIC	99	<i>phenelzine sulfate</i>	71
P		<i>phenobarbital</i>	84
<i>pacerone</i>	56	<i>phenobarbital sodium</i>	84
<i>paladin</i>	194	<i>phenytek</i>	84
<i>paliperidone er</i>	78	<i>phenytoin</i>	85
<i>pamidronate disodium</i>	101	<i>phenytoin sodium</i>	84, 85
PAMIDRONATE DISODIUM	101	<i>phenytoin sodium extended</i>	84
PANRETIN	167	<i>philith</i>	109
<i>pantoprazole sodium</i>	125	PHOSPHOLINE IODIDE	151
<i>paricalcitol</i>	118	PHOSPHOROUS.....	195
<i>paroxetine hcl</i>	71	PHOSPHO-TRIN K500.....	195
<i>paroxetine hcl er</i>	71	<i>phytonadione</i>	195
<i>paroxetine hydrochloride</i>	71	PIFELTRO	26
<i>pataday extra strength</i>	194	<i>pilocarpine hcl</i>	151
PAXLOVID	31	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	152, 169
PAZOPANIB.....	48	<i>pimecrolimus</i>	167
<i>pazopanib hydrochloride</i>	48	<i>pimozide</i>	78
PCCA SORBITOL LOLLIPOP BASE EN		<i>pimtrea</i>	109
ESCAMAS	194	<i>pindolol</i>	59
PEDIA-LAX	195	<i>pink bismuth</i>	195
PEDIARIX.....	136	<i>pink bismuth maximum strength</i>	195
PEDVAX HIB.....	136	<i>pinworm</i>	195
<i>peg-3350/electrolytes</i>	122	<i>pinxav</i>	195
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	122	<i>pioglitazone hcl</i>	99
PEGASYS.....	31	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	99
PEMAZYRE.....	48	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	99
PENBRAYA.....	136	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	99
<i>penicillamine</i>	102	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	37
<i>penicillin g potassium</i>	37	PIQRAY 200 MG DOSIS DIARIA	48
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC		PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA	48
DEXTROSE	36	PIQRAY 300 MG.....	48
<i>penicillin g sodium</i>	37	<i>pirfenidone</i>	157
<i>penicillin v potassium</i>	37	<i>piroxicam</i>	16
PENMENVY	136	<i>plenamine</i>	146
PENTACEL.....	136	PLENVU.....	122
<i>pentamidine isethionate</i>	21	PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN.....	142
<i>pentoxifylline er</i>	130	<i>podofilox</i>	167
<i>perampanel</i>	84	<i>polycin pomada</i>	149
<i>perindopril erbumine</i>	53	<i>polyethylene glycol 3350</i>	195
<i>periogard</i>	169	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	149
<i>permethrin</i>	167	<i>polysaccharide-iron</i>	195
<i>perphenazine</i>	78	<i>polyvinyl alcohol</i>	195
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	71	POLY-VI-SOL.....	195
PETROLATUM POMADA.....	195	<i>pomalidomide</i>	41
<i>phenazopyridine hydrochloride</i>	195	POMALYST	41
PHENAZOPYRIDINE HYDROCHLORIDE.....	195	<i>portia-28</i>	109
		<i>posaconazole</i>	24

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>posaconazole dr</i>	24	PRIVIGEN	134
<i>potassium</i>	139	<i>probenecid</i>	14
<i>potassium chloride</i>	140, 142	<i>probenecid/colchicine</i>	14
POTASSIUM CHLORIDE	140	<i>probiotic</i>	197
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE	139	<i>probiotic + immune</i>	196
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE	139	<i>probiotic acidophilus</i>	196
<i>potassium chloride er</i>	142	<i>probiotic chocolate bears childrens</i>	197
<i>potassium citrate er</i>	126	<i>probiotic digestive support extra strength</i>	197
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	73	<i>probiotic formula</i>	197
<i>pramoxine hcl</i>	195	<i>probiotic gummies</i>	197
<i>prasugrel hydrochloride</i>	130	<i>probiotic multi-enzyme</i>	197
<i>pravastatin sodium</i>	57	<i>prochlorperazine</i>	120
<i>praziquantel</i>	22	<i>prochlorperazine edisylate</i>	120
<i>prazosin hydrochloride</i>	53	<i>prochlorperazine maleate</i>	120
<i>prednisolone</i>	114	PROCRIT	129
<i>prednisolone acetate</i>	150	<i>proctocort</i>	167
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	114	<i>procto-med hc</i>	167
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	150	<i>proctosol hc</i>	167
<i>prednisone</i>	114	<i>proctozone-hc</i>	167
PREDNISONE INTENSOL	114	<i>prodigy solución de control low</i>	197
<i>prednisone tableta paq. de tratamiento</i>	114	<i>progesterone</i>	117
<i>pregabalin</i>	85	PROGRAF	135
PREGABALIN	85	PROLASTIN-C	157
<i>pregabalin er</i>	92	<i>promethazine hcl</i>	120
PREMARIN	113	<i>promethazine hydrochloride</i>	120
PREMASOL	147	<i>promethegan</i>	120
PREMPRO	113	<i>propafenone hcl</i>	56
PRENATABS FA	196	<i>propafenone hydrochloride</i>	56
PRENATABS RX	196	<i>propafenone hydrochloride er</i>	56
PRENATAL	142, 196	<i>proparacaine hcl</i>	152
PRENATAL 19	196	<i>propranolol hcl</i>	59
PRENATAL PLUS VITAMINA Y MINERALES	142	<i>propranolol hydrochloride</i>	59, 60
PRENATAL-U	196	<i>propranolol hydrochloride er</i>	59
<i>prestige glucose control</i>	196	<i>propylthiouracil</i>	118
PRETOMANID	29	PROQUAD	137
<i>prevalite</i>	58	<i>prosol</i>	147
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	169	<i>protriptyline hcl</i>	71
PREVYMIS	31	<i>provella</i>	197
PREZCOBIX	29	<i>pseudoephedrine hydrochloride</i>	197
PREZISTA	26, 27	<i>pseudoephedrine hydrochloride er maximum strength</i>	197
PRIFTIN	29	<i>psyllium fiber</i>	197
<i>primadophilus bifidus de liberación prolongada</i>	196	PULMOZYME	157
<i>primadophilus kids</i>	196	PURIXAN	39
<i>primaquine phosphate</i>	25	PYCHIVA	131
<i>primidone</i>	85	<i>pyrazinamide</i>	29
PRIORIX	137	<i>pyridostigmine bromide</i>	92
		<i>pyridostigmine bromide er</i>	92

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>pyrimethamine</i>	22	<i>repe! sportsmen max</i>	198
PYZCHIVA.....	131	RESTASIS	152
Q		RESTASIS MULTIDOSE.....	152
<i>qc pink bismuth</i>	197	RETEVMO	48
<i>qc psyllium fiber</i>	197	REVCOVI.....	116
QINLOCK.....	48	REVUFORJ	48
QUADRACEL.....	137	REXTOVY.....	94
<i>quetiapine fumarate</i>	78	REXULTI.....	78
<i>quetiapine fumarate er</i>	78	REYATAZ	27
<i>quinapril hydrochloride</i>	53	REZDIFFRA	116
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	52	REZLIDHIA	48
<i>quinidine sulfate</i>	56	REZUROCK.....	135
<i>quinine sulfate</i>	25	RHOPRESSA.....	152
QULIPTA.....	90	<i>ribavirin</i>	31
R		<i>rifabutin</i>	29
RABAVERT.....	137	<i>rifampin</i>	29
<i>rabeprazole sodium</i>	125	<i>rightest gc300 normal control</i>	198
RALDESY	71	<i>rilpivirine</i>	27
<i>raloxifene hydrochloride</i>	116	<i>riluzole</i>	92
<i>ramipril</i>	53	<i>rimantadine</i>	31
<i>ranger ready repellent</i>	197	RINGERS INYECCIÓN	140
<i>ranolazine er</i>	64	RINVOQ.....	131
<i>ra probiotic gomitas</i>	197	RINVOQ LQ.....	131
<i>rasagiline mesylate</i>	73	<i>risa-bid probiotic</i>	198
RASPBERRY SYRUP.....	198	<i>risedronate sodium</i>	101
<i>reclipsen</i>	109	<i>risedronate sodium dr</i>	101
RECOMBIVAX HB.....	137	<i>risperidone</i>	79
<i>redness reliever eye drops</i>	198	<i>risperidone er</i>	78
REFRESH	198	<i>risperidone tabs. bucodispersables</i>	78, 79
REFRESH DIGITAL	198	<i>ritonavir</i>	27
<i>refresh optive</i>	198	<i>rivaroxaban</i>	128
REFRESH OPTIVE.....	198	<i>rivastigmine tartrate</i>	67
REFRESH OPTIVE ADVANCED	198	<i>rivastigmine transdermal</i>	68
REFRESH OPTIVE PRESERVATIVE FREE.....	198	<i>rizatriptan benzoate</i>	91
<i>refresh relieva</i>	198	<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i>	90
REFRESH RELIEVA PF	198	ROCKLATAN.....	152
REFRESH RELIEVA PF XTRA	198	<i>roflumilast</i>	157
REFRESH TEARS PF	198	<i>romidepsin</i>	48
RELENZA DISKHALER.....	31	ROMVIMZA.....	48
<i>repaglinide</i>	99	<i>ropinirole er</i>	73
REPATHA PUSHTRONEX.....	58	<i>ropinirole hcl</i>	73
REPATHA SURECLICK.....	58	<i>ropinirole hydrochloride</i>	74
REPATHAT	58	<i>rosuvastatin calcium</i>	57
<i>repe! family</i>	198	<i>rosyrah</i>	109
<i>repe! sportsmen dry</i>	198	ROTARIX	137
		ROTATEQ.....	137
		<i>roweepra</i>	85

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ROZLYTREK	48, 49	<i>simliya</i>	109
ROZYL TREK	49	<i>simpesse</i>	110
RUBRACA	49	SIMPLE SYRUP	199
<i>rufinamide</i>	85	<i>simvastatin</i>	57
RUKOBIA	27	<i>sirolimus</i>	135
RYBELSUS	99	SIRTURO	30
RYDAPT	49	SIVEXTRO	22
S		SKYRIZI	132
<i>saccharomyces boulardii</i>	198	SKYRIZI PEN	131
<i>saccharomycin df</i>	198	<i>sleep aid</i>	199
<i>sacubitril/valsartan</i>	54	<i>sleep-aid</i>	199
<i>sajazir</i>	130	<i>smarty pants kids probiotic complete</i>	200
<i>saline aerosol nasal infants/childrens</i>	199	SM FOAMING ANTACID	199
<i>saline gel nasal</i>	199	<i>sm probiotic</i>	200
SANTYL	167	SM SLOW RELEASE IRON	200
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	116	<i>sodium bicarbonate</i>	140, 200
<i>sawyer insect repellent</i>	199	SODIUM BICARBONATE	140
<i>sawyer premium insect repellent</i>	199	<i>sodium bicarbonate polvo</i>	200
<i>scalpicin</i>	199	<i>sodium chloride</i>	140, 200
SCEMBLIX	49	SODIUM CHLORIDE	140
<i>scopolamine parche</i>	120	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	168
SECUADO	79	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	140
<i>selegiline hcl</i>	74	<i>sodium fluoride</i>	142
<i>selenium sulfide</i>	162	SODIUM FLUORIDE	200
SELZENTRY	27	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	169
<i>seni care crema para el cuerpo</i>	199	SODIUM FLUORIDE 5000 PPM SENSITIVE	169
<i>senna</i>	199	<i>sodium fluoride 5000 ppm sequedad bucal</i>	169
<i>senna smooth</i>	199	SODIUM FLUORIDE/POTASSIUM NITRATE/ SENSITIVE	169
<i>sennosides/docusate sodium</i>	199	SODIUM OXYBATE	93
<i>sensi-care crema hidratante</i>	199	<i>sodium phenylbutyrate</i>	116
SEREVENT DISKUS	156	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	102
<i>sertraline hcl</i>	71	SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/ MAGNESIUM SULFATE	123
<i>sertraline hydrochloride</i>	71	<i>solifenacin succinate</i>	126
SESAME OIL	199	SOLQUA 100/33	97
<i>setlakin</i>	109	SOLTAMOX	40
<i>sf 169</i>		<i>solución de control normal</i>	177
<i>sharobel</i>	109	SOLU-CORTEF	114
SHINGRIX	137	<i>solus v2 control low</i>	200
SIGNIFOR	116	SOMATULINE DEPOT	116
SIKLOS	130	SOMAVERT	116
<i>sildenafil</i>	65	<i>soothe hydration</i>	200
<i>sildenafil citrate</i>	65	<i>soothe xp</i>	200
<i>silodosin</i>	125	<i>soothe xp/xtra protection</i>	200
<i>silver sulfadiazine</i>	161	<i>sorafenib tosylate</i>	49
SIMBRINZA	152	<i>sorbidon hydrate</i>	200
<i>simethicone</i>	199		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SORBITOL	200	SUTAB	123
<i>sotalol hcl</i>	56	<i>sween crema hidratante para el cuerpo</i>	201
<i>sotalol hydrochloride</i>	56	<i>syeda</i>	110
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	56	SYMLINPEN 60	100
SOTYKTU	132	SYMLINPEN 120	99
SPIRIVA RESPIMAT	154	SYMPAZAN	86
<i>spironolactone</i>	53	SYMTUZA	29
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	63	SYNAREL	117
<i>sprintec 28</i>	110	SYNTHROID	118
SPRITAM	85	SYRSPEND SF	201
<i>sps combinación</i>	102	SYRUP VEHICLE	201
<i>sronyx</i>	110	SYRUP VEHICLE SF	201
SSD	161	<i>systeme complete</i>	201
<i>stablegi</i>	200	<i>systeme contacts gotas calmantes</i>	201
STELARA	132	SYSTANE GEL	201
STEVIA	200, 201		
STEVIOLE	201	T	
STEVIOSIDE	201	TABLOID	39
STIVARGA	49	TABRECTA	49
<i>streptomycin sulfate</i>	22	<i>tacrolimus</i>	135, 167
STRIBILD	29	<i>tadalafil</i>	65, 125
<i>stye solución</i>	201	TAFINLAR	49
<i>subvenite</i>	86	TAGRISSE	49
SUBVENITE	86	<i>tai doc solución de control</i>	201
<i>subvenite kit inicial/kit anaranjado</i>	85	TALZENNA	49
<i>subvenite kit inicial/kit azul</i>	85	<i>tamoxifen citrate</i>	40
<i>subvenite kit inicial/kit verde</i>	85	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	125
<i>sucrafate</i>	124	<i>tarina 24 fe</i>	110
<i>sulfacetamide sodium</i>	149, 160	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	110
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>		<i>tasimelteon</i>	90
<i>phosphate</i>	148	TAVNEOS	130
<i>sulfadiazine</i>	22	<i>tazarotene</i>	162
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	22	<i>tazicef</i>	34
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	22	TAZVERIK	49
SULFAMYLON	161	TECVAYLI	49
<i>sulfasalazine</i>	122	TEFLARO	34
<i>sulindac</i>	16	<i>telmisartan</i>	55
<i>sumatriptan</i>	91	<i>telmisartan/amlodipine</i>	54
<i>sumatriptan succinate</i>	91	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>sumatriptan succinate resurtido</i>	91	<i>temazepam</i>	90
<i>sunitinib</i>	49	TENIVAC	137
SUNLENCA	27	<i>tenofir disoprixil fumarate</i>	27
SUNLENCA PAQUETE DE TRATAMIENTO		TEPMETKO	49
TABLETA	27	<i>terazosin</i>	53
SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	123	<i>terazosin hydrochloride</i>	53
SUSPENSION VEHICLE SUSPENSIÓN	201	<i>terbinafine hcl</i>	24
SUSP. ORAL	194	<i>terbinafine hydrochloride</i>	201

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>terbutaline sulfate</i>	156	TPN ELECTROLYTES	140
<i>terconazole</i>	127	TRADJENTA	100
<i>teriflunomide</i>	93	<i>tramadol</i>	17
<i>teriparatide</i>	101	<i>tramadol hydrochloride</i>	19
<i>testosterone</i>	95	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	19
<i>testosterone cypionate</i>	95	<i>tramadol hydrochloride er</i>	17
<i>testosterone enanthate</i>	95	<i>trandolapril</i>	53
<i>testosterone pump</i>	95	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	52
<i>tetrabenazine</i>	92	<i>tranexamic acid</i>	130
<i>tetracycline hydrochloride</i>	38	<i>tranexamic acid/sodium chloride</i>	130
THALOMID	41	<i>tranylcypromine sulfate</i>	71
<i>theophylline</i>	157	TRAVASOL	147
<i>theophylline er</i>	157	<i>travoprost</i>	152
<i>thera-gesic plus</i>	201	<i>trazodone hydrochloride</i>	71
<i>thioridazine hydrochloride</i>	79	TRECTOR	30
<i>thiothixene</i>	79	TRELEGY ELLIPTA	154
<i>tiadylt er</i>	61	TREMFYA	132
<i>tiagabine hydrochloride</i>	86	TREMFYA PAQ. DE INDUCCIÓN PARA ENFERMEDAD DE CROHN/COLITIS ULCEROSA	132
TIBSOSVO	50	<i>tretinoin</i>	41, 160
<i>ticagrelor</i>	130	<i>triamcinolone acetonide</i>	114, 165, 202
TICOVAC	137	<i>triamcinolone acetonide pasta dental</i>	169
<i>tigecycline</i>	38	TRIAMINIC FEVER REDUCER PAIN RELIEVER INFANTS	202
<i>tilia fe</i>	110	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	63
<i>timolol maleate</i>	60, 152	<i>triazolam</i>	90
<i>tinidazole</i>	22	<i>tri-buffered aspirin</i>	202
TIVICAY	27	<i>tridacaine</i>	166
TIVICAY PD	27	<i>tridacaine ii</i>	166
<i>tizanidine hcl</i>	93	<i>trientine hydrochloride</i>	102
<i>tizanidine hydrochloride</i>	93	<i>tri-estarylla</i>	110
TOBI PODHALER	22	<i>trifluoperazine hcl</i>	79
TOBRADEX	148	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	79
TOBRADEX ST	148	<i>trifluridine</i>	149
<i>tobramycin</i>	22, 149	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	74
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	148	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	74
<i>tobramycin sulfate</i>	22	TRIJARDY XR	100
TODAY SPONGE	201	TRIKAFTA TABLETA PAQUETE DE TRATAMIENTO	157
<i>tolnaftate</i>	201	TRIKAFTA THERAPY PACK	158
<i>tolterodine tartrate</i>	126	<i>tri-legest fe</i>	110
<i>tolterodine tartrate er</i>	126	<i>tri-linyah</i>	110
<i>tolvaptan</i>	117	<i>tri-lo-estarylla</i>	110
<i>topiramate</i>	86	<i>tri-lo-marzia</i>	110
<i>topiramate er</i>	86	<i>tri-lo-mili</i>	110
<i>toremifene citrate</i>	40	<i>tri-lo-sprintec</i>	110
<i>torpenz</i>	50		
<i>torseamide</i>	63		
TOUJEO MAX SOLOSTAR	97		
TOUJEO SOLOSTART	97		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	120	U	
<i>trimethoprim</i>	22	UBRELVY	91
<i>tri-mili</i>	110	<i>ultrathon insect repellent 8</i>	203
<i>trimipramine maleate</i>	72	<i>unistrip solución de control low</i>	203
TRINATE	202	<i>unithroid</i>	118
TRINTELLIX	72	<i>up4 probiotics</i>	203
<i>triple antibiotic plus pain reliever maximum strength</i>	202	<i>up4 probiotics kids cubes</i>	203
<i>triple probiotic</i>	202	UPTRAVI	66
<i>triprolidine hci</i>	202	UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS ...	66
<i>triprolidine hydrochloride</i>	202	UREA	203
<i>tri-sprintec</i>	110	<i>urinary pain relief</i>	203
TRIUMEQ	29	<i>uristat ultra/cranberry</i>	203
TRIUMEQ PD	29	<i>ursodiol</i>	124
TRI-VI-SOL A/C/D	202	USTEKINUMAB	132
<i>tri-vite/fluoride</i>	142	V	
TRI-VITE/FLUORIDE	202	VACÍA TAMAÑO 1 AZUL/POLVO AZUL	182
<i>tri-vylibra</i>	110	<i>vagisil</i>	203
<i>tri-vylibra lo</i>	110	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	31
TROGARZO	27	VALCHLOR	167
TROPHAMINE	147	<i>valganciclovir</i>	31
<i>tropium chloride</i>	126	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	31
<i>tropium chloride er</i>	126	<i>valproate sodium</i>	86
<i>trubiotics digestive + immune health</i>	202	<i>valproic acid</i>	86
<i>trubiotics kids</i>	202	<i>valsartan</i>	55
<i>truetrack glucose controllow</i>	202	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	54
TRULICITY	100	VALTOCO 5 MG DOSE	87
TRUMENBA	137	VALTOCO 10 MG DOSE	86
TRUQAP	50	VALTOCO 15 MG DOSE	86
TRUQAP PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA	50	VALTOCO 20 MG DOSE	86
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	202	<i>valtya 1/35</i>	111
TRUSTEX NON-LUBRICATED	202	<i>valtya 1/50</i>	111
TRUXIMA	50	<i>vancomycin</i>	23
TUKYSA	50	<i>vancomycin hcl</i>	23
TURALIO	50	VANCOMYCIN HCL	23
<i>turqoz</i>	110	<i>vancomycin hydrochloride</i>	23
TUSNEL C	202	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	23
<i>tussin cough</i>	203	VANFLYTA	50
<i>tussin cough long-acting</i>	203	VAQTA	137
<i>tussin dm max</i>	203	<i>varenicline mensual inicial</i>	94
TWINRIX	137	<i>varenicline tartrate</i>	94
TYBOST	27	VARIVAX	137
<i>tydemy</i>	111	VASCEPA	58
TYENNE	132	<i>vaseline constant care crema</i>	203
TYPHIM VI	137	VAXCHORA	137
TYVASO	65, 66	VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM	203
TYZAVAN	22	VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	203

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>velivet</i>	111	VOQUEZNA TRIPLE PAQ.	124
VELSIPITY	133	VORANIGO	51
VENCLEXTA	50	<i>voriconazole</i>	24
VENCLEXTA PAQ. INICIAL	50	VOSEVI	31
VENLAFAXINE BESYLATE ER	72	VOWST	124
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	72	VRAYLAR	79
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	72	<i>vyfemla</i>	111
VEOZAH	117	<i>vylibra</i>	111
<i>verapamil</i>	62	VYZULTA	152
<i>verapamil hcl</i>	61	W	
<i>verapamil hcl er</i>	61	<i>warfarin</i>	128
<i>verapamil hcl sr</i>	61	<i>wart remover maximum strength</i>	204
VERAPAMIL HCL SR	61	WELIREG	41
<i>verapamil hydrochloride</i>	62	<i>wera</i>	111
<i>verapamil hydrochloride er</i>	62	WESTAB PLUS	142
VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR	62	WINREVAIR	66
VERQUVO	64	<i>wixela inhub</i>	159
VERSACLOZ	79	<i>wymzya fe</i>	111
VERZENIO	50	WYOST	101
<i>vestura</i>	111	X	
<i>vicks dayquil cold & flu</i>	203	XALKORI	51
<i>vienva</i>	111	XANTHAN GUM	204
<i>vigabatrin</i>	87	<i>xarah fe</i>	111
<i>vigadrone</i>	87	XARELTO	129
VIGAFYDE	87	XARELTO PAQ. INICIAL	128
VIKTRAVI	50	XATMEP	133
<i>vilazodone hydrochloride</i>	72	XCOPRI	87
VIMKUNYA	137	XCOPRI PAQUETE PARA TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO	87
<i>viorele</i>	111	XCOPRI TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO DE AJUSTE DE LA DOSIS	87
VIRACEPT	27	XCOPRI TABLETA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	87
VIREAD	27	XDEMVY	149
VITAMIN A/C/D INFANT/TODDLER	204	XELJANZ	133
<i>vitamin b-6</i>	204	XELJANZ XR	133
<i>vitamin b-12</i>	204	<i>xelria fe</i>	111
<i>vitamin c</i>	204	XERMELO	124
<i>vitamin d</i>	204	XHANCE PARA EXHALADOR	158
<i>vitamin d-3</i>	204	XIFAXAN	124
<i>vitamin d3</i>	204	XIGDUO XR	100
<i>vitamin d3 gummies</i>	204	XIIDRA	152
VITAMINS A/C/D/FLUORIDE	204	XOLAIR	158
VITRAKVI	50	XOSPATA	51
VIVITROL	95	XPOVIO	51
VIVOTIF	137		
VIZIMPRO	50		
<i>volnea</i>	111		
VONJO	51		
VOQUEZNA DUAL PAQ.	124		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA.....	51	ZYDELIG	52
XPOVIO 80 MG DOS VECES POR SEMANA.....	51	ZYKADIA.....	52
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA	51	ZYLET	148
XTANDI.....	40	ZYPREXA RELPREVV.....	79, 80
<i>xulane</i>	111		
XULTOPHY.....	97		
Y			
YESINTEK.....	133		
YF-VAX.....	138		
YONSA.....	40		
<i>yumvskids probiotic zero</i>	205		
<i>yumvs probiotics zero</i>	204		
<i>yum-yum dophilus</i>	205		
<i>yum-yum dophilus probiotic</i>	205		
<i>yuvafem</i>	113		
Z			
<i>zafemy</i>	111		
<i>zafirlukast</i>	156		
<i>zaleplon</i>	90		
ZARXIO	129		
ZEGALOGUE	114		
ZEJULA.....	51		
ZELBORAF.....	51		
<i>zelvysia</i>	117		
<i>zenatane</i>	160		
<i>zenpep</i>	124		
<i>zenzedi</i>	90		
ZERVIAE.....	151		
<i>zidovudine</i>	27, 28		
<i>zinc oxide</i>	205		
<i>ziprasidone hcl</i>	79		
<i>ziprasidone mesylate</i>	79		
ZIRABEV	51		
ZIRGAN	149		
<i>zoledronic acid</i>	101		
ZOLEDRONIC ACID	101		
ZOLINZA	52		
<i>zolpidem tartrate</i>	90		
ZONISADE.....	87		
<i>zonisamida</i>	87		
<i>zonisamide</i>	87		
<i>zovia 1/35</i>	111		
ZTALMY	87		
<i>zumandimine</i>	111		
ZURZUVAE	72		

Notice of Availability (NOA)

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call the number on this document. (English)

እርስዎ ወጪ ሳያወጡ የቋንቋ አገልግሎቶችን ለመድረስ በዚህ ሰነድ ላይ ወዳለዉ ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

(Arabic) للحصول على خدمات اللغة مجاناً، اتصل بالرقم المذكور في هذه الوثيقة.

如欲使用免費語言服務，請致電本文件上的電話號碼。(Chinese)

Tajaajila afaanii bilisaan argachuuf, lakkoofsa dookumentii kanarra jiru irratti bilbilaa. (Cushite)

Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, appelez le numéro indiqué sur ce document. (French)

Pou jwenn sèvis lang san ou pa peye anyen, rele nimewo ki sou dokiman sa a. (French Creole)

Um kostenlos auf Sprachdienste zuzugreifen, rufen Sie die Nummer in diesem Dokument an. (German)

Inā ake 'oe e ili mai no ke kōkua manuahi me ka unuhi, e kelepona 'oe i ka helu ma kēia palapala. (Hawaiian)

Kom tau txais cov kev pab cuam txhais lus yam tsis sau nqi ntawm koj, thov hu rau tus xov tooj ntawm daim ntawv no. (Hmong)

Per accedere gratuitamente ai servizi linguistici, chiama il numero riportato in questo documento. (Italian)

無料の言語サービスをご利用いただくには、この書類に記載されている番号にお電話ください。(Japanese)

လၢကမၤန့ၢ် ကျိၣ်တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢတလိၣ်လၢၣ်ဘျီၣ်လၢၣ်စ့ၤ လၢန့ၢ်အၢၢ်, ကိးနီၣ်ဂီၢ် လၢအအိၣ်ဖဲလံာ်တီလံာ်မိအံၤအဖီခိၣ်န့ၣ်တက့ၢ်. (Karen)

무료로 언어 서비스를 이용하려면 이 문서에 있는 전화번호로 전화하세요.
(Korean)

ເພື່ອເຂົ້າເຖິງການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທໃນເອກະສານນີ້.
(Laotian)

ដើម្បីទទួលបានសេវាផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកសូមទូរសព្ទទៅលេខដែលមាននៅលើឯកសារនេះ។ (Mon-Khmer, Cambodian)

(Persian) برای دسترسی به خدمات زبانی رایگان، با شماره مندرج در این سند تماس بگیرید.

Aby uzyskać bezpłatny dostęp do usług językowych, zadzwoń pod numer podany w tym dokumencie. (Polish)

Ligue para o número indicado neste documento para receber assistência linguística gratuita. (Portuguese)

Чтобы получить бесплатные языковые услуги, позвоните по номеру телефона, указанному в этом документе. (Russian)

Para acceder a servicios de idiomas sin costo alguno, llame al número que aparece en este documento. (Spanish)

Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kang babayaran, tawagan ang numero sa dokumentong ito. (Tagalog)

Để truy cập dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, hãy gọi đến số điện thoại ghi trên tài liệu này. (Vietnamese)

Y0001_Y0130_H6399_2025_V3

NOA-Medicare-1557-1

Esta *lista de medicamentos* se actualizó el 05/01/2026. 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

[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Contrato/PBP: H6399-001



[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)