

Lista de medicamentos cubiertos 2027 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: 27013, versión 10

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 10/15/2026. 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 estándar del este, los 7 días de la semana, o visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.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	6
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>).....	6
B2. ¿Se modifica la <i>Lista de medicamentos</i> en algún momento?.....	6
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	7
B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?.....	8
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?.....	9
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).....	9
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	9
B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	10
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?	10
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?.....	11
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	11
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?.....	11
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	11
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	12
B15. ¿Qué son los medicamentos sin receta (OTC)?	12

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 estándar 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?	12
B17. ¿Puedo obtener mis medicamentos a través de pedidos por correo/suministro a largo plazo?.....	12
B18. ¿Cuál es mi copago?.....	13
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	14
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento	15
D. Índice de medicamentos cubiertos	190



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 estándar 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)**

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 inscripto 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.

Notice of Availability (NOA)

TTY: 711

To access language assistance services and appropriate auxiliary aids and services at no cost to you, call **1-844-362-0934**. (English)

የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶችን እና ተገቢ የሆኑ ረዳት መሣሪያዎችንና አገልግሎቶችን ያለ ምንም ክፍያ ለማግኘት፣ በ **1-844-362-0934** ይደውሉ። (Amharic)

للوصول إلى خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات والخدمات المناسبة دون أي تكلفة عليك، اتصل بالرقم **1-844-362-0934** (Arabic)

如欲獲得免費的語言輔助服務以及適當的輔助工具和服務，請致電 **1-844-362-0934**。(Chinese)

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 estándar 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)



Pou w jwenn aksè ak sèvis asistans lang ansanm ak èd ak sèvis oksilyè apwopriye san w pa peye anyen, rele **1-844-362-0934**. (French Creole)

Pour accéder aux services d'assistance linguistique et aux aides et services auxiliaires appropriés sans frais à votre charge, appelez le **1-844-362-0934**. (French)

Um Sprachunterstützung sowie geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen kostenlos in Anspruch zu nehmen, rufen Sie bitte folgende Nummer an: **1-844-362-0934**. (German)

તમારા માટે વિના મૂલ્યે ભાષા સહાય સેવાઓ અને યોગ્ય સહાયક સાધનો તથા સેવાઓ મેળવવા માટે, **1-844-362-0934** પર કોલ કરો. (Gujarati)

No ke komo 'ana i nā lawelawe kōkua 'ōlelo a me nā kōkua kōkua kūpono me ka uku 'ole iā 'oe, e kelepona mai **1-844-362-0934**. (Hawaiian)

Kom siv tau cov kev pab cuam txhais lus thiab cov khoom pab kom hnov lus thiab cov kev pab cuam yam tsis sau nqi ntawm koj, hu **1-844-362-0934**. (Hmong)

Contattare telefonicamente per accedere, senza costi aggiuntivi, ai servizi di assistenza linguistica e ad idonei aiuti ausiliari il numero **1-844-362-0934**. (Italian)

言語支援サービスや適切な補助具やサービスを無料で利用するには、**1-844-362-0934**までお電話ください。 (Japanese)

လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်သ့ၣ်ကျိၢ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်ဒီးတၢ်မၤစၢၤလၢအကဲထီၣ်သ့ၣ်လၢအဖိးမံတဖၣ်ဒီးတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတလိၣ်နဟ့ၣ်အပူၤအဂီၢ်န့ၣ်,ကိးဘၣ် **1-844-362-0934**. (Karen)

ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា និងការគាំទ្រ និងសេវាកម្មបន្ថែមសមរម្យដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-844-362-0934** ។ (Khmer)

언어 지원 서비스와 적절한 보조 지원 및 서비스를 무료로 이용하시려면 **1-844-362-0934** 번으로 전화해 주시기 바랍니다. (Korean)



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 estándar 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)

ພື້ອເຂົ້າເຖິງການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ແລະ ອຸປະກອນຊ່ວຍໃນການຟັງ ແລະ ການບໍລິການອື່ນໆ
ໂດຍທ່ານບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ, ໃຫ້ໂທຫາ **1-844-362-0934**. (Lao)

Tajaajilawwan gargaarsa afaanii fi tajaajilawwan gargaarsaa dabalataa mijaawaa
ta'an kaffaltii tokko malee argachuuf, bilbilaa **1-844-362-0934**. (Oromo)

برای دسترسی رایگان به خدمات کمک زبانی و وسایل و خدمات کمکی مناسب، با شماره
1-844-362-0934 تماس بگیرید (Persian).

Aby skorzystać z usług pomocy językowej oraz odpowiednich środków
pomocniczych i usług bez ponoszenia żadnych kosztów, zadzwoń pod
numer **1-844-362-0934**. (Polish)

Para acceder, sem custos para si, a serviços de assistência linguística e a auxílios
e serviços de apoio adequados, ligue para **1-844-362-0934**. (Portuguese)

Чтобы бесплатно воспользоваться услугами языковой поддержки, а также
соответствующими вспомогательными средствами и услугами, позвоните
по номеру телефона **1-844-362-0934**. (Russian)

Para tener acceso a los servicios de asistencia en otros idiomas y a las
ayudas y servicios auxiliares adecuados sin costo para usted, llame al
1-844-362-0934. (Spanish)

Upang ma-access ang mga serbisyo sa tulong sa wika at mga angkop na
pantulong na kagamitan at serbisyo nang hindi ka gagastos, tawagan ang
1-844-362-0934. (Tagalog)

หากต้องการเข้าถึงบริการช่วยเหลือด้านภาษาและอุปกรณ์ช่วยเหลืออื่น ๆ ที่เหมาะสมโดยไม่
เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อ **1-844-362-0934** (Thai)

Để tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, công cụ hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ
phù hợp miễn phí dành cho quý vị, hãy gọi **1-844-362-0934**. (Vietnamese)

H6399_2026_V2

NOA-Medicare Fillable-1557 -1 (09-26)

- ❖ 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 estándar 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 estándar 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)



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/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 estándar 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)

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**. 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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.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:

- **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 estándar 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**. Hemos publicado documentos en Internet 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 190. 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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/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 estándar 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)**

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 31 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 dar 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 estándar 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 apoya su solicitud, le daremos una decisión en las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo.

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 estándar 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)



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 sin receta (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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

B18. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de Aetna Medicare 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*.

- Nivel 1: Genérico preferido, \$0.
- Nivel 2: Genérico, \$0.
- Nivel 3: Marca preferida, \$0.
- Nivel 4: Marca no preferida, \$0.
- Nivel 5: Especialidad, \$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)**.



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, basada en criterios específicos, 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.
NDS: Suministro no extendido. No disponible para un suministro extendido (a largo plazo).
*: Medicamentos que no pertenezcan a la Parte D o medicamentos sin receta (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.



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 estándar 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)**

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	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	--	---

ANALGÉSICOS

GOTA

<i>allopurinol</i> tableta 100 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>colchicine</i> tableta 0.6 mg	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>febuxostat</i> tableta 40 mg, 80 mg	\$0 para el Nivel 4	ST MO
<i>probenecid/colchicine</i> tableta 0.5 mg; 500 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>probenecid</i> tableta 500 mg	\$0 para el Nivel 4	MO

VARIOS

JOURNAVX TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (29 EA por 14 días) PA
<i>lidocaine hcl</i> preservative free local inyección 0.5 %, 1.5 %, 4 %	\$0 para el Nivel 4	
<i>lidocaine hydrochloride</i> inyección 1 % preservative free, 100 mg/5 ml, 2 %	\$0 para el Nivel 4	
<i>lidocaine hydrochloride</i> inyección al 1 %	\$0 para el Nivel 4	MO

NSAID (AINE) – ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

<i>celecoxib</i> cápsula 400 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>celecoxib</i> cápsula 100 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac potassium</i> tableta 50 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium</i> dr tableta de liberación retardada 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar 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	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tableta de liberación retardada 50 mg; 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tableta de liberación retardada 75 mg; 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>diflunisal tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tableta de liberación prolongada 24 horas 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac cápsula 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>etodolac cápsula 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tableta 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>flurbiprofen tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ibuprofen suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ibuprofen tableta 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ibu tableta 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ketorolac tromethamine tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (20 EA por 30 días) PA MO
<i>meloxicam tableta 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nabumetone tableta 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>naproxen dr tableta de liberación retardada 375 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>naproxen dr tableta de liberación retardada 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>naproxen sodium tableta 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>naproxen suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
<i>naproxen tableta 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>oxaprozin tableta 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam cápsula 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam cápsula 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sulindac tableta 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN PROLONGADA		
<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 4	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 4	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate er</i> (Hysingla ER genérico) <i>tableta er 24 horas</i> disuasiva de abuso 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>methadone hydrochloride concentrado 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (90 ml por 30 días) PA MO
<i>methadone hydrochloride solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada</i> (genérico de MS Contin) 30 mg, 60 mg	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada</i> (genérico de MS Contin) 100 mg	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada</i> (genérico de MS Contin) 15 mg	\$0 para el Nivel 3	QL (90 EA por 30 días) MO
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>tramadol hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas</i> 100 mg, 300 mg	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas</i> 200 mg	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días); HRM
<i>tramadol hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas</i> 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN CORTA		
<i>acetaminophen/codeine solución 120 mg/5 ml; 12 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	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 (Nivel 2)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate inyección 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>butorphanol tartrate solución nasal 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (5 ML por 30 días) MO
CODEINE SULFATE TABLETA 15 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 4	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 4	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 4	QL (2700 ML por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs. 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 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tableta 325 mg; 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/acetaminophen tableta 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	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 3	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl líquido 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl tableta 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 0.25 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 4	B/D
MORPHINE SULFATE INYECCIÓN 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>morphine sulfate inyección 0.5 mg/ml, 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>morphine sulfate solución oral 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate solución oral 100°mg/5°ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hcl cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride concentrado 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	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 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen tableta 325 mg; 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM

ANTIINFECCIOSOS**ANTIINFECCIOSOS: VARIOS**

<i>albendazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>amikacin sulfate inyección 1 g/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
ARIKAYCE SUSPENSIÓN 590 MG/8.4 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
<i>atovaquone suspensión 750 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aztreonam inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
BLUJEPA TABLETA 750 MG	\$0 para el Nivel 3	
CAYSTON SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 75 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
<i>chloramphenicol sodium succinate inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>clindamycin hcl cápsula 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>clindamycin hydrochloride cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solución reconstituida 75 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	
<i>clindamycin phosphate inyección 300 mg/2 ml, 900 mg/6 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>clindamycin phosphate inyección 600 mg/4 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	
<i>colistimethate sodium inyección 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dapsone tableta 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>daptomycin inyección 350 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
EMVERM TABLETA MASTICABLE 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (24 EA por 365 días) MO
<i>ertapenem sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>fosfomycin tromethamine paquete 3 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gentamicin sulfate inyección pediátrica 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride inyección 1.6 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>gentamicin sulfate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>imipenem/cilastatin inyección 250 mg; 250 mg, 500 mg; 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>isotonic gentamicin inyección 0.8 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>ivermectin tableta 6 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (10 EA por 90 días) PA MO
<i>ivermectin tableta 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (12 EA por 90 días) PA MO
LINEZOLID INYECCIÓN 600 MG/300 ML; 0.9 %	\$0 para el Nivel 4	PA
<i>linezolid inyección 600 mg/300 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA
<i>linezolid suspensión reconstituida 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>linezolid tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (56 EA por 28 días) MO
<i>meropenem inyección 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>meropenem inyección 1 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>methenamine hippurate tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>methenamine mandelate tableta 0.5 g, 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metronidazole inyección 500 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>metronidazole tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>neomycin sulfate tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitazoxanide tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (6 EA por 30 días) MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals cápsula 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>pentamidine isethionate inyección 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>pentamidine isethionate solución de inhalación reconstituida 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>praziquantel tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>pyrimethamine tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA MO
SIVEXTRO INYECCIÓN 200 MG	\$0 para el Nivel 5	
SIVEXTRO TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>streptomycin sulfate inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>sulfadiazine tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tableta 800 mg; 160 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim inyección 400 mg/5 ml; 80 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspensión 200 mg/5 ml; 40 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tableta 400 mg; 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tinidazole tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
TOBI PODHALER CÁPSULA 28 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tobramycin sulfate inyección 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>tobramycin sulfate inyección 1.2 g/30 ml, 80 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>tobramycin sulfate inyección 1.2 g</i>	\$0 para el Nivel 5	
<i>tobramycin solución de nebulización 300 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (280 ML por 56 días) PA; ACS
<i>trimethoprim tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	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 4	
VANCOMYCIN HCL INYECCIÓN 0.9 %; 1 G/200 ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>vancomycin hcl inyección 100 g, 10 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>vancomycin hydrochloride cápsula 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>vancomycin hydrochloride cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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, 2000 MG/400 ML, 500 MG/100 ML, 750 MG/150 ML	\$0 para el Nivel 4	
<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 4	
VANCOMYCIN INYECCIÓN 0.9 %; 500 MG/100 ML, 0.9 %; 750 MG/150 ML	\$0 para el Nivel 4	
XIFAXAN TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (9 EA por 30 días) PA MO
ANTIMICÓTICOS		
<i>amphotericin b liposome inyección 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	B/D MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amphotericin b inyección 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>caspofungin acetate inyección 50 mg, 70 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
CRESEMBA CÁPSULA 74.5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (175 EA por 30 días) MO
CRESEMBA CÁPSULA 186 MG	\$0 para el Nivel 5	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 4	
<i>fluconazole suspensión reconstituida 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fluconazole tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>flucytosine cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA MO
<i>griseofulvin microsize suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>griseofulvin microsize tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>itraconazole cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>ketoconazole tableta 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>miconazole inyección 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>nystatin tableta 500000 unidades</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>posaconazole dr tableta de liberación retardada 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (93 EA por 30 días) PA MO
<i>terbinafine hcl tableta 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 365 días) MO
VORICONAZOLE INYECCIÓN 200 MG/20 ML	\$0 para el Nivel 4	PA
<i>voriconazole inyección 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>voriconazole suspensión reconstituida 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	PA MO
<i>voriconazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>voriconazole tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (480 c/u por 30 días) MO
ANTIPALÚDICOS		
<i>atovaquone/proguanil hcl tableta 62.5 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tableta 250 mg; 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>chloroquine phosphate tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
COARTEM TABLETA 20 MG; 120 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>mefloquine hydrochloride tableta 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>primaquine phosphate tableta 26.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>quinine sulfate cápsula 324 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir solución 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>abacavir tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
APTIVUS CÁPSULA 250 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>atazanavir sulfate cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>atazanavir cápsula 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>darunavir tableta 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>darunavir tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
EDURANT PED TABLETA SOLUBLE 2.5 MG	\$0 para el Nivel 5	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>efavirenz tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>emtricitabine cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
EMTRIVA SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>etravirine tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>fosamprenavir calcium tableta 700 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
INTELENCE TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 4	
ISENTRESS HD TABLETA 600 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
ISENTRESS PAQUETE 100 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
ISENTRESS TABLETA MASTICABLE 100 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
ISENTRESS TABLETA 400 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>lamivudine solución 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>lamivudine tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>maraviroc tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>nevirapine er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nevirapine suspensión 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nevirapine tableta 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NORVIR PAQUETE 100 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
PIFELTRO TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar 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	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREZISTA SUSPENSIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (400 ML por 30 días) MO
PREZISTA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (240 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABLETA 75 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (480 c/u por 30 días) MO
REYATAZ PAQUETE 50 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>rilpivirine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>ritonavir tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
RUKOBIA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 600 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
SELZENTRY SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	MO
SUNLENCA INYECCIÓN 463.5 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (3 ML por 180 días) MO; LD
SUNLENCA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 5	MO; LD
SUNLENCA TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 5	MO; LD
<i>tenofovir disoproxil fumarate tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
TIVICAY PD TABLETA SOLUBLE 5 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
TIVICAY TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
TROGARZO INYECCIÓN 200 MG/1.33 ML	\$0 para el Nivel 5	MO; LD
TYBOST TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 3	MO
VIRACEPT TABLETA 250 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
VIRACEPT TABLETA 625 MG	\$0 para el Nivel 5	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VIREAD POLVO 40 MG/G	\$0 para el Nivel 5	MO
VIREAD TABLETA 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>zidovudine cápsula 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>zidovudine jarabe 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>zidovudine tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
COMBINACIÓN DE ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tableta 600 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
BIKTARVY TABLETA 30 MG; 120 MG; 15 MG, 50 MG; 200 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
CIMDUO TABLETA 300 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
DELSTRIGO TABLETA 100 MG; 300 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
DESCOVY TABLETA 120 MG; 15 MG, 200 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
DOVATO TABLETA 50 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 600 mg; 200 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 5	MO
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 200 mg; 25 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 100 mg; 150 mg, 133 mg; 200 mg, 200 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tableta 167 mg; 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
EVOTAZ TABLETA 300 MG; 150 MG	\$0 para el Nivel 5	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GENVOYA TABLETA 150 MG; 150 MG; 200 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
IDVYNZO TABLETA 100 MG; 0.25 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
JULUCA TABLETA 50 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
KALETRA SOLUCIÓN 400 MG/5 ML; 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>lamivudine/zidovudine tableta 150 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>lopinavir/ritonavir tableta 100 mg; 25 mg, 200 mg; 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
ODEFSEY TABLETA 200 MG; 25 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
PREZCOBIX TABLETA 150 MG; 675 MG, 150 MG; 800 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
STRIBILD TABLETA 150 MG; 150 MG; 200 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
SYMTUZA TABLETA 150 MG; 800 MG; 200 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
TRIUMEQ PD TABLETA SOLUBLE 60 MG; 5 MG; 30 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
TRIUMEQ TABLETA 600 MG; 50 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine cápsulas 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>ethambutol hydrochloride tableta 100 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>isoniazid inyección 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>isoniazid jarabe 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>isoniazid tableta 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PRETOMANID TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pyrazinamide tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>rifabutin cápsula 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>rifampin cápsula 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>rifampin inyección 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>rifapentine tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
SIRTURO TABLETA 100 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
ANTIVIRALES		
<i>acyclovir sodium inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>acyclovir cápsula 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>acyclovir suspensión 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>acyclovir tableta 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>adefovir dipivoxil tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
BARACLUDE SOLUCIÓN 0.05 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>entecavir tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>famciclovir tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (21 EA por 30 días) MO
<i>famciclovir tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ganciclovir inyección 500 mg/10 ml, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>lamivudine tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
LIVTENCITY TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (336 EA por 28 días) PA; LD
MAVYRET PAQUETE 50 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MAVYRET TABLETA 100 MG; 40 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>oseltamivir phosphate cápsula 30 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (168 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate cápsula 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (84 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate suspensión reconstituida 6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	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 (Nivel 2)	QL (22 EA por 180 días) MO
PAXLOVID TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 150 MG; 100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (40 EA por 180 días) MO
PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG; 100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 180 días) MO
PEGASYS INYECCIÓN 180 MG/0.5 ML, 180 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
PREVYMIS PAQUETE 120 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA MO
PREVYMIS TABLETA 240 MG, 480 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (28 EA por 28 días) PA MO
RELENZA DISKHALER AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 5 MG/BLÍSTER	\$0 para el Nivel 3	QL (120 EA por 365 días) MO
<i>ribavirin cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	ACS
<i>ribavirin tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	ACS
<i>rimantadine hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>valacyclovir hydrochloride tableta 1 g, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>valganciclovir hydrochloride solución reconstituida 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>valganciclovir tableta 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
VOSEVI TABLETA 400 MG; 100 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CEFALOSPORINAS		
CEFACLOR ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 500 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cefaclor cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefaclor suspensión reconstituida 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefadroxil cápsula 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefadroxil suspensión reconstituida 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefadroxil tableta 1 g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 1 G/50 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 3	
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 100 G, 300 G	\$0 para el Nivel 4	
<i>cefazolin sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>cefazolin sodium inyección 10 g, 1 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
CEFAZOLIN/DEXTROSE INYECCIÓN 3 G /150 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 3	
CEFAZOLIN INYECCIÓN 2 G/100 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 3	
CEFAZOLIN INYECCIÓN INTRAVENOSA 2 G, 3 G	\$0 para el Nivel 4	
<i>cefazolin i.m. o i.v. inyección 3 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>cefazolin i.m. o i.v. inyección 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cefdinir cápsula 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefdinir suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefepime inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cefixime cápsula 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefixime suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cefotetan inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>cefroxitin sodium inyección 10 g, 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>cefprozime proxetil suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cefprozime proxetil tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cefprozil suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefprozil tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ceftaroline fosamil inyección 400 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	
<i>ceftazidime inyección 2 g, 6 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>ceftazidime inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose inyección 1 g/50 ml, 2 g/50 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
CEFTRIAZONE SODIUM INYECCIÓN 100 G	\$0 para el Nivel 4	
<i>ceftriaxone sodium inyección intravenosa 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>ceftriaxone sodium inyección 10 g, 1 g im o iv, 250 mg, 2 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cefuroxime axetil tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefuroxime sodium inyección 1.5 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>cefuroxime sodium inyección 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cephalexin cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cephalexin cápsula 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cephalexin suspensión reconstituida</i> 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tazicef inyección</i> 1 g, 2 g, 6 g	\$0 para el Nivel 4	
ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin inyección</i> 500 mg	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>azithromycin suspensión reconstituida</i> 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>azithromycin tableta</i> 250 mg, 500 mg, 600 mg	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clarithromycin er tableta de liberación prolongada</i> 24 horas 500 mg	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>clarithromycin suspensión reconstituida</i> 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>clarithromycin tableta</i> 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>erythromycin base tableta</i> 250 mg, 500 mg	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>erythromycin dr tableta de liberación retardada</i> 250 mg, 333 mg, 500 mg	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>erythromycin ethylsuccinate suspensión reconstituida</i> 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>erythromycin lactobionate inyección</i> 500 mg	\$0 para el Nivel 5	
<i>fidaxomicin tableta</i> 200 mg	\$0 para el Nivel 5	MO
FLUOROQUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl tableta</i> 750 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride tableta</i> 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección</i> 200 mg/100 ml; 5 %	\$0 para el Nivel 4	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección</i> 400 mg/200 ml; 5 %	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>levofloxacin in d5w inyección</i> 5 %; 250 mg/50 ml, 5 %; 500 mg/100 ml, 5 %; 750 mg/150 ml	\$0 para el Nivel 4	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levofloxacin inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>levofloxacin solución oral 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>levofloxacin tableta 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride inyección 400 mg/250 ml; 0.8 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
MOXIFLOXACIN HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 400 MG/250 ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>moxifloxacin hydrochloride tableta 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
PENICILINAS		
<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 (Nivel 2)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspensión reconstituida 250 mg/5 ml; 62.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta 500 mg; 125 mg, 875 mg; 125 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta 250 mg; 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>amoxicillin cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin suspensión reconstituida 400 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>amoxicillin tableta masticable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin tableta 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ampicillin sodium inyección 10 g, 1 g ampolla addvantage, 250 mg, 2 g ampolla addvantage</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>ampicillin sodium inyección 1 g, 2 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>ampicillin-sulbactam inyección 10 g; 5 g, 1 g; 0.5 g, 2 g; 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>ampicillin/sulbactam inyección 1 g; 0.5 g, 2 g; 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ampicillin cápsula 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
BICILLIN L-A INYECCIÓN 1200000 UNIDADES/2 ML, 2400000 UNIDADES/4 ML, 600000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dicloxacillin sodium cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
LENTOCILIN INYECCIÓN 1200000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 4	
<i>nafcillin sodium inyección 10 g, 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>nafcillin sodium inyección 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>oxacillin sodium inyección 10 g, 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO- OSMOTIC DEXTROSE INYECCIÓN 40000 UNIDADES/ML, 60000 UNIDADES/ ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>penicillin g potassium inyección 20000000 unidades, 5000000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>penicillin g sodium inyección 5000000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>penicillin v potassium solución reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>penicillin v potassium tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (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 4	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100 inyección 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>doxycycline hyclate cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>doxycycline hyclate inyección 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>doxycycline hyclate tableta 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>doxycycline monohydrate cápsula 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxycycline monohydrate cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>doxycycline monohydrate tableta 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>doxycycline monohydrate tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>doxycycline suspensión reconstituida 25 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>minocycline hcl cápsula 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>minocycline hcl tableta 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	ST MO
<i>minocycline hydrochloride cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>minocycline hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	ST MO
<i>mondoxylene nl cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
NUZYRA INYECCIÓN 100 MG	\$0 para el Nivel 5	ACS LD
NUZYRA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 5	ACS LD
<i>tetracycline hydrochloride cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>tigecycline inyección 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	

AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS**ALQUILANTES**

<i>cyclophosphamide cápsula 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	PA MO
CYCLOPHOSPHAMIDE TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 3	PA
LEUKERAN TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>lomustine cápsula 10 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lomustine cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	ACS
ANTIMETABOLITOS		
INQOVI TABLETA 100 MG; 35 MG	\$0 para el Nivel 5	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 5	PA; ACS LD
<i>mercaptopurine suspensión 2000 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	ACS
<i>mercaptopurine tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>methotrexate sodium inyección 1 g/40 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>methotrexate sodium inyección 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methotrexate sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>methotrexate inyección 50 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ONUREG TABLETA 200 MG, 300 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS LD
TABLOID TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>abirtega tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
AKEEGA TABLETA 500 MG; 100 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>anastrozole tableta 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bicalutamide tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
ELIGARD INYECCIÓN 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
ERLEADA TABLETA 240 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EULEXIN CÁPSULA 125 MG	\$0 para el Nivel 5	
<i>exemestane tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
FIRMAGON INYECCIÓN 80 MG	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
FIRMAGON INYECCIÓN 120 MG/ AMPOLLA	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
INLURIYO TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
<i>letrozole tableta 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>leuprolide acetate inyección 1 mg/0.2 ml</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
LIFYORLI SUMINISTRO DE CÁPSULAS DE TRATAMIENTO DE 125 MG, SUMINISTRO PARA 1 DOSIS Y SUMINISTRO PARA 3 DOSIS	\$0 para el Nivel 5	QL (18 EA por 28 días) PA; LD
LIFYORLI SUMINISTRO DE CÁPSULAS DE TRATAMIENTO DE 150 MG, SUMINISTRO PARA 1 DOSIS Y SUMINISTRO PARA 3 DOSIS	\$0 para el Nivel 5	QL (27 EA por 28 días) PA; LD
LUPRON DEPOT (1 MES) INYECCIÓN 3.75 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
LUPRON DEPOT (3 MESES) INYECCIÓN 11.25 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
LYSODREN TABLETA 500 MG	\$0 para el Nivel 5	LD
<i>megestrol acetate tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>nilutamide tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
NUBEQA TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
ORGOVYX TABLETA 120 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ORSERDU TABLETA 345 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
ORSERDU TABLETA 86 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
SOLTAMOX SOLUCIÓN 10 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>tamoxifen citrate tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>toremifene citrate tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
VEPPANU TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
VEPPANU TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
XTANDI CÁPSULA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
XTANDI TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
YONSA TABLETA 125 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide cápsula 20 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	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 5	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>pomalyst cápsulas 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
POMALYST CÁPSULAS 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS LD
ZENBEXUS CÁPSULA 0.75 MG, 1 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (21 c/u por 28 días) PA

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VARIOS		
ASPARLAS INYECCIÓN 3750 UNIDADES/5 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
BESREMI PEN INYECCIÓN 500 MCG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) PA
BESREMI INYECCIÓN 500 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2 ML por 28 días) PA; LD
<i>bexarotene cápsula 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>hydroxyurea cápsula 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
IWILFIN TABLETA 192 MG	\$0 para el Nivel 5	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 3	MO
MATULANE CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	LD
<i>mesna tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
MODEYSO CÁPSULA 125 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (20 EA por 28 días) PA; LD
ONCASPAR INYECCIÓN 750 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
<i>tretinoin cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
WELIREG TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
AGENTES DIANA MOLECULARES		
ALECENSA CÁPSULA 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ALUNBRIG PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 90 MG; 180 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
ALUNBRIG TABLETA 30 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
ALUNBRIG TABLETA 180 MG, 90 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AUGTYRO CÁPSULA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
AUGTYRO CÁPSULA 160 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK PAQ. DE TRATAMIENTO 0.8 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (66 EA por 28 días) PA; LD
AYVAKIT TABLETA 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
BALVERSA TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
BALVERSA TABLETA 4 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
BALVERSA TABLETA 3 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
BOSULIF CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (150 EA por 25 días) PA; ACS LD
BOSULIF CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS LD
BOSULIF TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
BOSULIF TABLETA 500 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosutinib tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>bosutinib tableta 400 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
BRAFTOVI CÁPSULA 75 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
BRUKINSA CÁPSULA 80 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
BRUKINSA TABLETA 160 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
CABOMETYX TABLETA 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
CALQUENCE TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CAPRELSA TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
CAPRELSA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
CAVHANZA TABLETA QUE SE DESINTEGRA 60 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (112 EA por 28 días) PA
COMETRIQ KIT 140 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 5	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 100 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 60 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
COPIKTRA CÁPSULAS 15 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COTELLIC TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (63 EA por 28 días) PA; ACS LD
DANZITEN TABLETA 71 MG, 95 MG	\$0 para el Nivel 5	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 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>dasatinib tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
DAURISMO TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
DAURISMO TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ENSACOVE CÁPSULA 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (270 EA por 30 días) PA; LD
ENSACOVE CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
ERIVEDGE CÁPSULA 150 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
<i>erlotinib hydrochloride tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>erlotinib hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erlotinib hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (150 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	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 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
FOTIVDA CÁPSULA 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (21 EA por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (21 EA por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 1 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
GAVRETO CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
<i>gefitinib tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
GILOTRIF TABLETA 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
GOMEKLI CÁPSULA 1 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (168 EA por 28 días) PA; LD
GOMEKLI CÁPSULA 2 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
GOMEKLI TABLETA SOLUBLE 1 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (168 EA por 28 días) PA; LD
HERNEXEOS TABLETA 60 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
HYRNUO TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
IBRANCE CÁPSULA 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
IBRANCE TABLETA 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IBTROZI CÁPSULA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
ICLUSIG TABLETA 10 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
ICLUSIG TABLETA 15 MG, 45 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IDHIFA TABLETA 100 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>imatinib mesylate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>imatinib mesylate tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
IMBRUVICA CÁPSULA 70 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IMBRUVICA CÁPSULA 140 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
IMBRUVICA SUSPENSIÓN 70 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (216 ML por 30 días) PA; LD
IMBRUVICA TABLETA 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IMKELDI SOLUCIÓN 80 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (280 ML por 28 días) PA; LD
INLYTA TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
INLYTA TABLETA 1 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
INREBIC CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 9 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 3 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
JAKAFI XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JAKAFI TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
JAYPIRCA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
JAYPIRCA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
JIDEYTRO TABLETA 100MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA
JIDEYTRO TABLETA 25MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA
KISQALI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
KOMZIFTI CÁPSULA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
KOSELUGO CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 5 MG, 7.5 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
KOSELUGO CÁPSULA 10 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
KRAZATI TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>lapatinib ditosylate tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
LAZCLUZE TABLETA 240 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
LAZCLUZE TABLETA 80°MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 10 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 10 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
LORBRENA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
LORBRENA TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 240 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 120 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 320 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
LYNPARZA TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 16 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (140 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 12 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
MEKINIST SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 0.05 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1260 ML por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 0.5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKTOVI TABLETA 15 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
NERLYNX TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
NILOTINIB CÁPSULA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (112 EA por 28 días) PA; LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NILOTINIB D-TARTRATE CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
<i>nilotinib hydrochloride cápsula 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
<i>nilotinib hydrochloride cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
NINLARO CÁPSULA 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
ODOMZO CÁPSULA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
OGSIVEO TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
OJEMDA SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 25 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (96 ML por 28 días) PA; LD
OJEMDA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (24 EA por 28 días) PA; LD
OJJAARA TABLETA 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
<i>pazopanib hydrochloride tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pazopanib hydrochloride tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
PEMAZYRE TABLETA 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (28 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 200 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (28 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 300 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
QINLOCK TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
SORINE TABLETA 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
RETEVMO TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REVUFORJ TABLETA 110 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
REVUFORJ TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
REVUFORJ TABLETA 160 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
REZLIDHIA CÁPSULA 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
ROMIDEPSIN INYECCIÓN 27.5 MG/5.5 ML	\$0 para el Nivel 5	ACS
<i>romidepsin inyección 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	ACS
ROMVIMZA CÁPSULA 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (8 EA por 28 días) PA; LD
ROZLYTREK CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
ROZLYTREK CÁPSULA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
ROZLYTREK PAQUETE 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (336 EA por 28 días) PA; ACS LD
RUBRACA TABLETA 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
RYDAPT CÁPSULA 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS
SCEMBLIX TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
SCEMBLIX TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (300 EA por 30 días) PA; LD
SCEMBLIX TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>sorafenib tosylate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
STIVARGA TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	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 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TABRECTA TABLETA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
TAFINLAR CÁPSULA 50 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
TAFINLAR TABLETA SOLUBLE 10 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (840 EA por 28 días) PA; ACS LD
TAGRISSO TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 5	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 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
TECVAYLI INYECCIÓN 153 MG/1.7 ML, 30 MG/3 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
TEPMETKO TABLETA 225 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
TIBSOVO TABLETA 250 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
<i>torpenz tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
TRUQAP PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 160 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (64 EA por 28 días) PA; LD
TRUQAP TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (64 EA por 28 días) PA; LD
TRUXIMA INYECCIÓN 100 MG/10 ML, 500 MG/50 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
TUKYSA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
TUKYSA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
TURALIO CÁPSULA 125 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VANFLYTA TABLETA 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VENCLEXTA PAQ. INICIAL PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 10 MG; 100 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (42 EA por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
VERZENIO TABLETA 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
VITRAKVI CÁPSULA 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
VITRAKVI CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
VITRAKVI SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (300 ML por 30 días) PA; ACS LD
VIZIMPRO TABLETA 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
VONJO CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VORANIGO TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
VORANIGO TABLETA 10°MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA 200 MG, 250 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
XOSPATA TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (24 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO 80 MG PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA DOS VECES POR SEMANA 20 MG	\$0 para el Nivel 5	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 5	QL (16 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO TABLETA, PAQUETE DE TRATAMIENTO 60 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 5	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 5	QL (8 EA por 28 días) PA; LD
<i>yulithira tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
ZEJULA TABLETA 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZELBORAF TABLETA 240 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZIRABEV INYECCIÓN 100 MG/4 ML, 400 MG/16 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
ZOLINZA CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
ZYDELIG TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZYKADIA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS

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 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
--	---------------	---------------------------

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 (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 (Nivel 1)	MO
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 25 mg, 5 mg; 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 12.5 mg, 20 mg; 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 10 mg, 12.5 mg; 20 mg, 25 mg; 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 20 mg, 25 mg; 20 mg</i>	\$0 (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 (Nivel 1)	MO
INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>benazepril hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>captopril tableta 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>enalapril maleate tableta 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fosinopril sodium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lisinopril tableta 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>moexipril hydrochloride tableta 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>perindopril erbumine tableta 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quinapril hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ramipril cápsula 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trandolapril tableta 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ALDOSTERONA		
<i>eplerenone tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
KERENDIA TABLETA 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>spironolactone tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ALFA-BLOQUEANTES		
<i>doxazosin mesylate tableta 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>prazosin hydrochloride cápsula 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>terazosin hcl cápsula 10 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>terazosin hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
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 (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 (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 (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 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tableta 16 mg; 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBYCLOR TABLETA 40 MG; 12.5 MG, 40 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
ENTRESTO CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 15 MG; 16 MG, 6 MG; 6 MG	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 150 mg</i>	\$0 (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 (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 (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 (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 3	MO
<i>telmisartan/amlodipine tableta 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg, 5 mg; 40 mg, 5 mg; 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 40 mg, 25 mg; 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 80 mg</i>	\$0 (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 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
AZILSARTAN MEDOXOMIL TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días)
<i>candesartan cilexetil tableta 32 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil tableta 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBI TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan tableta 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olmesartan medoxomil tableta 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tableta 320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tableta 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (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 4	
<i>amiodarone hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>disopyramide phosphate cápsula 100 mg, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>dofetilide cápsula 125 µg, 250 µg, 500 µg</i>	\$0 para el Nivel 4	ACS
<i>flecainide acetate tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
LIDOCAINE HCL IN D5W INYECCIÓN 5 %; 4 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	
LIDOCAINE HCL INYECCIÓN EN VIAL 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>lidocaine hcl inyección 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
MULTAQ TABLETA 400 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>pacerone tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>propafenone hcl tableta 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>propafenone hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 12 horas 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>propafenone hydrochloride tableta 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>quinidine sulfate tableta 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sotalol hcl tableta 120 mg, 160 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sotalol hydrochloride (af) tableta 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sotalol hydrochloride tableta 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
<i>fenofibrate micronized cápsula 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fenofibrate cápsula 130 mg, 43 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fenofibrate tableta 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fenofibric acid dr cápsula de liberación retardada 135 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>gemfibrozil tableta 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-CoA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin cápsula 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lovastatin tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pitavastatin calcium tableta 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pravastatin sodium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>rosuvastatin calcium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>simvastatin tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine light paquete 4 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cholestyramine light polvo 4 g/dosis</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cholestyramine paquete 4 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cholestyramine polvo 4 g/dosis</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>colesevelam hydrochloride paquete 3.75 g</i>	\$0 para el Nivel 3	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>colesevelam hydrochloride tableta 625 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>colestipol hydrochloride gránulos 5 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>colestipol hydrochloride paquete 5 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>colestipol hydrochloride tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>ezetimibe/simvastatin tableta 10 mg; 10 mg, 10 mg; 20 mg, 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ezetimibe tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NEXLETOL TABLETA 180 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
NEXLIZET TABLETA 180 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>niacin er tableta de liberación prolongada 1000 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>niacin er tableta de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>niacin tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>niacor tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>omega-3-acid ethyl esters cápsula 375 mg; 465 mg; 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
REDEMPLO INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.5 ML por 90 días) PA; ACS LD
REPATHA SURECLICK INYECCIÓN 140 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	PA
REPATHA INYECCIÓN 140 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	PA
VASCEPA CÁPSULA 0.5 G, 1 G	\$0 para el Nivel 4	MO
COMBINACIONES DE BETA BLOQUEANTE/DIURÉTICO		
<i>atenolol/chlorthalidone tableta 100 mg; 25 mg, 50 mg; 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 6.25 mg, 2.5 mg; 6.25 mg, 5 mg; 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 100 mg, 25 mg; 50 mg, 50 mg; 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
BETA BLOQUEANTES		
<i>acebutolol hydrochloride cápsula 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>atenolol tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betaxolol hcl tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>bisoprolol fumarate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bisoprolol fumarate tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>carvedilol phosphate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>carvedilol tableta 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>labetalol hydrochloride inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>labetalol hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>metoprolol succinate er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoprolol tartrate inyección 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>metoprolol tartrate tableta 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nadolol tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nebivolol hydrochloride tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nebivolol hydrochloride tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pindolol tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>propranolol hcl inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>propranolol hcl solución oral 40 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>propranolol hcl tableta 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>propranolol hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>propranolol hydrochloride solución 20 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>propranolol hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>timolol maleate tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cartia xt cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dilt-xr cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hcl er cápsula de liberación prolongada 12 horas (genérico de Cardizem SR) 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hcl er cápsula de liberación prolongada 24 horas (Tiazac genérico) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas (Cardizem LA genérico) 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DILTIAZEM HCL INYECCIÓN 100 MG	\$0 para el Nivel 4	
<i>diltiazem hcl inyección 50 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>diltiazem hcl tableta 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el 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 (Nivel 2)	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 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hydrochloride inyección 125 mg/25 ml, 25 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>diltiazem hydrochloride tableta 120 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>felodipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>isradipine cápsula 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>matzim la tableta de liberación prolongada 24 horas 420 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>matzim la tableta de liberación prolongada 24 horas 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nicardipine hcl cápsula 20 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 (Nivel 2)	MO
<i>nifedipine er tableta de liberación prolongada 24 horas (Adalat CC genérico) 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>nisoldipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 17 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>nisoldipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 34 mg, 8.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>tiadylt er cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tiadylt er cápsula de liberación prolongada 24 horas 420 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>verapamil hcl er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hcl er tableta de liberación prolongada 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VERAPAMIL HCL SR CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 360 MG	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>verapamil hcl sr cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hydrochloride er tableta de liberación prolongada 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 360 MG	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>verapamil hydrochloride sr cápsula de liberación prolongada 24 horas 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hydrochloride inyección 2.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>verapamil hydrochloride tableta 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DIURÉTICOS		
<i>acetazolamide er cápsula de liberación prolongada 12 horas 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>acetazolamide tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>amiloride hcl tableta 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>amiloride/hydrochlorothiazide tableta 5 mg; 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bumetanide inyección 0.25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>bumetanide tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>chlorthalidone tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>furosemide inyección 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>furosemide solución oral 10 mg/ml, 40 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mirtazapine tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrochlorothiazide cápsula 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>indapamide tableta 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methazolamide tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metolazone tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>torsemide tableta 100 mg, 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide cápsula 25 mg; 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 37.5 mg, 50 mg; 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VARIOS		
<i>aliskiren tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (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 (Nivel 1)	MO
<i>clonidine hydrochloride tableta 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clonidine parche semanal 0.1 mg/24 h</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>clonidine parche semanal 0.2 mg/24 h, 0.3 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (8 EA por 28 días) MO
CORLANOR SOLUCIÓN 5 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>digoxin inyección 0.25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>digoxin oral solución 0.05 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>digoxin tableta 125 µg, 250 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>digox tableta 125 µg, 250 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días)
<i>droxidopa cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>droxidopa cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>droxidopa cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>guanfacine hydrochloride tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>hydralazine hydrochloride inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>hydralazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride tableta 37.5 mg; 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>ivabradine hydrochloride tableta 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metirosine cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>midodrine hydrochloride tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>minoxidil tableta 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ranolazine er tableta de liberación prolongada 12 horas 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
VERQUVO TABLETA 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 3	MO
VYNDAMAX CÁPSULA 61 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate tableta 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>isosorbide mononitrate er tableta de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nitro-bid pomada 2 %</i>	\$0 para el Nivel 3	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitroglycerin parche transdérmico 24 horas</i> <i>0.1 mg/h, 0.2 mg/h, 0.4 mg/h, 0.6 mg/h</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NITROGLYCERIN INYECCIÓN 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>nitroglycerin pomada transdérmica 2 %</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>nitroglycerin translingual solución 0.4 mg/ aerosol</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nitroglycerin tableta sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS TABLETA 0.5 MG, 1.5 MG, 1 MG, 2.5 MG, 2 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>ambrisentan tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>bosentan tableta soluble 32 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosentan tableta 62.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosentan tableta 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>epoprostenol sodium inyección 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D; ACS
<i>epoprostenol sodium inyección 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	B/D; ACS
<i>macitentan tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>sildenafil citrate (genérico de Revatio) tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS
<i>sildenafil inyección 10 mg/12.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (1125 ML por 30 días) PA; ACS
<i>tadalafil (Adcirca genérico) tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
TYVASO KIT DE RECARGA SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TYVASO KIT INICIAL SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
TYVASO SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG; 800 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (200 EA por 28 días) PA; ACS LD
UPTRAVI INYECCIÓN 1800 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
UPTRAVI TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (140 EA por 28 días) PA; ACS LD
UPTRAVI TABLETA 100 MCG, 150 MCG	\$0 para el Nivel 5	QL (280 EA por 28 días) PA
UPTRAVI TABLETA 1000 MG, 1200 MG, 1400 MG, 1600 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
WINREVAIR INYECCIÓN (KIT DE 2 AMPOLLAS) 45 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (1 EA por 21 días) PA; ACS LD
WINREVAIR INYECCIÓN (KIT DE 1 AMPOLLA) 45 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (2 EA por 21 días) PA; ACS LD

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**ANSIOLÍTICOS**

ALPRAZOLAM INTENSOL CONCENTRADO 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	QL (300 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>alprazolam tableta 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>alprazolam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (150 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>buspirone hcl tableta 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>buspirone hydrochloride tableta 10 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>chlordiazepoxide hcl cápsula 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>chlordiazepoxide hydrochloride cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluvoxamine maleate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>lorazepam intensol concentrado 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (150 ML por 30 días) PA; HRM
<i>lorazepam inyección 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (150 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam tableta 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (150 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>oxazepam cápsula 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
ANTIDEMENCIA		
<i>donepezil hcl tableta que se desintegra 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 23 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hydrochloride tableta 5 mg</i>	\$0 (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 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide solución 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (200 ML por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide tableta 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
LEQEMBI IQLIK INYECCIÓN 250 MG/1.25 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (10 ML por 28 días) PA
LEQEMBI IQLIK INYECCIÓN 360 MG/1.8 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (7.2 ML por 28 días) PA; LD
<i>memantine hcl paq. de ajuste de la dosis tableta 10 mg; 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	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 4	PA MO
<i>memantine hydrochloride solución 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (360 ML por 30 días) PA MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>memantine hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>memantine/donepezil hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg; 14 mg, 10 mg; 21 mg, 10 mg; 28 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
NAMZARIC CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 10 MG; 7 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>rivastigmine tartrate cápsula 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	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 3	PA MO; HRM
<i>amitriptyline hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	PA MO; HRM
<i>amoxapine tableta 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
AUVELITY PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA PAQ. DE TRATAMIENTO 30 MG/105 MG; 45 MG/105 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (102 EA por 365 días) MO
AUVELITY TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 105 MG; 45 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
BUPROPION HYDROCHLORIDE ER (XL) TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 450 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tableta de liberación prolongada 24 horas 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tableta 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>citalopram hydrobromide solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>clomipramine hydrochloride cápsula 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>desipramine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	PA MO; HRM
<i>desvenlafaxine er tableta (genérico de Pristiq) de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>doxepin hcl cápsula 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>doxepin hcl concentrado 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>doxepin hydrochloride cápsula 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN RETARDADA 20 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN RETARDADA 40 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) PA MO
DULOXETINE HYDROCHLORIDE DR CÁPSULA PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA 120 MG, 80 MG, 90 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA
<i>duloxetine hydrochloride dr (genérico de Cymbalta) cápsula de partículas de liberación retardada 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	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 5	QL (30 EA por 30 días) PA MO
ESCITALOPRAM OXALATE CÁPSULA 15 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>escitalopram oxalate solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>escitalopram oxalate tableta 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	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 5	QL (64 EA por 365 días) PA MO
EXXUA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18.2 MG	\$0 para el Nivel 5	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 5	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 4	PA; HRM
FETZIMA CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 120 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 20 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluoxetine dr cápsula de liberación retardada 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (4 EA por 28 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride solución 20 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride (genérico de Prozac) tableta 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>imipramine hcl tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO; HRM
<i>imipramine hydrochloride tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO; HRM
MARPLAN TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tableta 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tableta 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	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 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nortriptyline hcl cápsula 25 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
<i>nortriptyline hcl solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
<i>nortriptyline hydrochloride cápsula 10 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
<i>paroxetine hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 37.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride suspensión 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (900 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (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 4	PA MO; HRM
<i>phenelzine sulfate tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>protriptyline hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
RALDESY SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
<i>sertraline hcl concentrado 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (300 ML por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hcl tableta 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tranylcypromine sulfate tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>trazodone hydrochloride tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trazodone hydrochloride tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>trimipramine maleate cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (240 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
TRINTELLIX TABLETA 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO
VENLAFAXINE BESYLATE ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 112.5 MG	\$0 para el Nivel 4	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 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	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 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>vilazodone hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
ZURZUVAE CÁPSULA 30 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (14 EA por 14 días) PA; ACS LD
ZURZUVAE CÁPSULA 20 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (28 EA por 14 días) PA; ACS LD
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl cápsula 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>amantadine hcl solución 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>amantadine hcl tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>rimantadine hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>benztropine mesylate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>benztropine mesylate tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO; HRM
<i>bromocriptine mesylate cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bromocriptine mesylate tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>carbidopa/levodopa er tableta de liberación prolongada 25 mg; 100 mg, 50 mg; 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg; 100 mg, 25 mg; 100 mg, 25 mg; 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>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</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>carbidopa/levodopa tableta 10 mg, 100 mg, 25 mg, 100 mg, 25 mg, 250 mg,</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbidopa tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>entacapone tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
INBRIJA CÁPSULA 42 MG	\$0 para el Nivel 5	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 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>rasagiline mesylate tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 12 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole hcl tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ropinirole hydrochloride tableta 0.25 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>selegiline hcl cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>selegiline hcl tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>trihexyphenidyl hydrochloride solución 0.4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tableta 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 720 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2.4 ML por 56 días) MO
ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 960 MG/3.2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (3.2 ML por 56 días) MO
ABILIFY MAINTENA INYECCIÓN 300 MG, 400 MG	\$0 para el Nivel 5	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 4	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole solución 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
ARISTADA INITIO INYECCIÓN 675 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 5	HRM
ARISTADA INYECCIÓN 441 MG/1.6 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1.6 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 662 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2.4 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 882 MG/3.2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (3.2 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 1064 MG/3.9ML	\$0 para el Nivel 5	QL (3.9 ML por 56 días); HRM
<i>asenapine maleate sl tableta sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BYSANTI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 1 MG; 2 MG; 4 MG; 6 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (16 EA por 365 días) PA
BYSANTI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 1 MG; 2 MG; 6 MG; 8 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (24 EA por 365 días) PA
BYSANTI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 1 MG; 2 MG; 6 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (16 EA por 365 días) PA
BYSANTI TABLETA 10 MG, 12 MG, 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA
CAPLYTA CÁPSULA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>chlorpromazine hcl inyección 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	HRM
<i>chlorpromazine hcl inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>chlorpromazine hcl tableta 100 mg, 10 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrado 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>chlorpromazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (270 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	HRM
<i>clozapine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (120 EA por 30 días); HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clozapine tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (270 EA por 30 días); HRM
COBENFY PAQ. INICIAL CÁPSULA PAQ. DE TRATAMIENTO 50 MG; 20 MG Y 100 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 5	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 5	QL (60 EA por 30 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 39 MG/0.25 ML	\$0 para el Nivel 4	QL (0.25 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 78 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.5 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 117 MG/0.75 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.75 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 156 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 234 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1.5 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 351 MG/2.25 ML	\$0 para el Nivel 5	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 4	PA; HRM
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS B TABLETA 1 MG; 2 MG; 6 MG; 8 MG	\$0 para el Nivel 4	PA
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS C TABLETA 1 MG; 3 MG; 6 MG	\$0 para el Nivel 4	PA
FANAPT TABLETA 10 MG, 12 MG, 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluphenazine decanoate inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>fluphenazine hcl concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride elixir 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride inyección 2.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluphenazine hydrochloride tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>haloperidol decanoate inyección 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>haloperidol lactate inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>haloperidol concentrado 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
<i>haloperidol tableta 0.5 mg, 10 mg, 1 mg, 20 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN 1092 MG/3.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (3.5 ML por 180 días); HRM
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN 1560 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (5 ML por 180 días); HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 39 MG/0.25 ML	\$0 para el Nivel 4	QL (0.25 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 78 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 117 MG/0.75 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.75 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 156 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 234 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 273 MG/0.88 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.88 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 410 MG/1.32 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1.32 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 546 MG/1.75 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1.75 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 819 MG/2.63 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2.63 ML por 90 días); HRM
<i>loxapine cápsula 10 mg, 25 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tableta 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lurasidone hydrochloride tableta 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
LYBALVI TABLETA 10 MG; 10 MG, 15 MG; 10 MG, 20 MG; 10 MG, 5 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	HRM
NUPLAZID CÁPSULA 34 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS HRM LD
NUPLAZID TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 5	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 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine inyección 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (3 EA por 1 días) MO; HRM
<i>olanzapine tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
OPIPZA PELÍCULA 2 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA MO
OPIPZA PELÍCULA 10 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>paliperidone er tableta de liberación prolongada 24 horas 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paliperidone er tableta de liberación prolongada 24 horas 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>perphenazine tableta 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>pimozide tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>quetiapine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	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 3	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>quetiapine fumarate tableta 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
REXULTI TABLETA 3 MG, 4 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
REXULTI TABLETA 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone er inyección 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (2 EA por 28 días) MO
<i>risperidone er inyección 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (2 EA por 28 días) MO; HRM
<i>risperidone er inyección 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (2 EA por 28 días) MO
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone solución 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (480 ML por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 0.25 mg, 0.5 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	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 5	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 3	PA MO; HRM
<i>thiothixene cápsula 10 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>trifluoperazine hcl tableta 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trifluoperazine hcl tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>trifluoperazine hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
VERSACLOZ SUSPENSIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (600 ML por 30 días) PA; HRM
VRAYLAR CÁPSULA 0.5 MG, 0.75MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
VRAYLAR CÁPSULA 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
VRAYLAR CÁPSULA 1.5 MG	\$0 para el Nivel 3	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 3	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>ziprasidone mesylate inyección 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (6 EA por 3 días) MO; HRM
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 210 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 405 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (1 EA por 28 días) PA; ACS
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 300 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS
AGENTES ANTICONVULSIVANTES		
<i>brivaracetam inyección 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (600 ML por 30 días)
<i>brivaracetam solución oral 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>brivaracetam tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>carbamazepine er carbamazepine er cápsula de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>carbamazepine er tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>carbamazepine er tableta de liberación prolongada 12 horas 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbamazepine suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>carbamazepine tableta masticable 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>carbamazepine tableta masticable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>carbamazepine tableta 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>clobazam suspensión 2.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (480 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>clobazam tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tableta 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clorazepate dipotassium tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clorazepate dipotassium tableta 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
DIACOMIT CÁPSULA 500 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT CÁPSULA 250 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 500 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 250 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
<i>diazepam intensol concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (5 EA por 30 días) MO; HRM
<i>diazepam inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diazepam solución oral 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (1200 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam tableta 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
DILANTIN CÁPSULA 30 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>divalproex sodium dr cápsula con gránulos dispersables de liberación retardada 125 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>divalproex sodium dr tableta de liberación retardada 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>divalproex sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
EPIDIOLEX SOLUCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (600 ML por 30 días) PA; ACS LD
<i>eslicarbazepine acetate tableta 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>eslicarbazepine acetate tableta 600 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ethosuximide cápsula 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ethosuximide solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>felbamate suspensión 600 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>felbamate tableta 400 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
FINTEPLA SOLUCIÓN 2.2 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (360 ML por 30 días) PA; LD
<i>fosphenytoin sodium inyección 100 mg pe/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>fosphenytoin sodium inyección 500 mg pe/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) cápsula 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (270 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gabapentin (genérico Neurontin) cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (2160 ML por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) tableta 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide inyección 200 mg/20 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>lacosamide solución oral 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (1200 ML por 30 días) MO
<i>lacosamide tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	MO
<i>lamotrigine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>lamotrigine starter kit/blue kit 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamotrigine kit inicial/kit verde 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	
<i>lamotrigine kit inicial/kit anaranjado 100 mg; 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamotrigine tableta masticable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lamotrigine tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levetiracetam er tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<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 4	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levetiracetam inyección 500 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>levetiracetam solución oral 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
LEVETIRACETAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 500 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) MO
LEVETIRACETAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 250 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>levetiracetam tableta 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methsuximide cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
NAYZILAM SOLUCIÓN 5 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 4	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>oxcarbazepine suspensión 300 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>oxcarbazepine tableta 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>perampanel suspensión 0.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (680 ML por 28 días) PA MO
<i>perampanel tableta 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>perampanel tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>phenobarbital sodium inyección 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; HRM
<i>phenobarbital elixir 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenytek cápsula 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>phenytoin sodium extended cápsula 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>phenytoin sodium inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>phenytoin suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>phenytoin tableta masticable 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pregabalin cápsula 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 225 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin solución 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>primidone tableta 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>roweepra tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>rufinamide suspensión 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (2760 ML por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (240 EA por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (480 EA por 30 días) PA MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 500 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 250 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>subvenite starter kit/blue kit 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>subvenite kit inicial/kit verde 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>subvenite kit inicial/kit anaranjado 100 mg; 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
SUBVENITE SUSPENSIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>subvenite tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
SYMPAZAN FILM 5MG	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
SYMPAZAN PELÍCULA 10 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 5	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 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>topiramate cápsula con gránulos dispersables 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>topiramate solución 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (480 ML por 30 días) PA MO
<i>topiramate tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tableta 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>valproate sodium inyección 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>valproic acid cápsula 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>valproic acid solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
VALTOCO 10 MG DOSE LÍQUIDO 10 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO 15 MG DOSE LÍQUIDO PAQ. DE TRATAMIENTO 7.5 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 5	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 5	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1 ML LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 5	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>vigabatrin paquete 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>vigabatrin tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>vigadrone paquete 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>vigadrone tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
VIGAFYDE SOLUCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	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 4	QL (28 EA por 28 días)
XCOPRI TABLETA PAQUETE PARA TRATAMIENTO DE AJUSTE DE LA DOSIS 150 MG; 200 MG; 50 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (28 EA por 28 días)

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XCOPRI TABLETA PAQUETE PARA TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO 150 MG; 100 MG, 200 MG; 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) MO
XCOPRI TABLETA 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) MO
XCOPRI TABLETA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) MO
ZONISADE SUSPENSIÓN 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>zonisamide cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>zonisamida cápsula 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
ZTALMY SUSPENSIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1100 ML por 30 días) PA; LD
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; 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 4	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 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine hydrochloride cápsula 10 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35mg, 40mg, 5mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>guanfacine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	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 4	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 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tableta masticable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>zenzedi tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días)

HIPNÓTICOS

DAYVIGO TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
-----------------------------	---------------------	---------------------------

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxepin hydrochloride tableta 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tasimelteon cápsula 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>temazepam cápsula 15 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>triazolam tableta 0.125 mg, 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zaleplon cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zaleplon cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zolpidem tartrate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
MIGRAÑA		
AIMOVIG INYECCIÓN 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	QL (1 ML por 30 días) PA; ACS
<i>dihydroergotamine mesylate solución 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (8 ML por 30 días) PA MO
EMGALITY INYECCIÓN 120 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	QL (2 ML por 30 días) PA; ACS
EMGALITY INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	QL (3 ML por 30 días) PA; ACS
<i>ergotamine tartrate/cafeine tableta 100 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (40 EA por 28 días) PA MO
<i>naratriptan hcl tableta 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (9 EA por 30 días) MO
NURTEC TABLETA QUE SE DESINTEGRA 75 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (16 EA por 30 días) PA MO
QULIPTA TABLETA 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>rizatriptan benzoate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate inyección 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (9 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sumatriptan solución 20 mg/pulverización, 5 mg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (12 EA por 30 días) MO
UBRELVY TABLETA 100 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 3	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 5	QL (56 EA por 365 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 12 MG	\$0 para el Nivel 5	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 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 24 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 6 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLETA 12 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLETA 6 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>dextromethorphan hydrobromide/quinidine sulfate cápsula 20mg; 10mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA
<i>lithium carbonate er tableta de liberación prolongada 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lithium carbonate cápsula 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lithium carbonate tableta 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lithium solución 8 meq/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
NUEDEXTA CÁPSULA 20 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>paroxetine cápsula 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pregabalin er tableta de liberación prolongada 24 horas 330 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	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 3	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pyridostigmine bromide er tableta de liberación prolongada 180 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>pyridostigmine bromide tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>riluzole tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>tetrabenazine tableta 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>tetrabenazine tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
UPLIZNA INYECCIÓN 100 MG/10 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BAFIERTAM CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 95 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
BETASERON INYECCIÓN 0.3 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS
<i>dalfampridine er tableta de liberación prolongada 12 horas 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	PA; ACS
<i>fingolimod hydrochloride cápsula 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>glatiramer acetate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i>glatiramer acetate inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
<i>glatopa inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i>glatopa inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
KESIMPTA INYECCIÓN 20 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (6.4 ML por 365 días) PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>teriflunomide tableta 14 mg, 7 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	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 (Nivel 2)	MO
<i>clorzoxazone tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>dantrolene sodium cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>tizanidine hcl tableta 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tizanidine hydrochloride tableta 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA		
<i>armodafinil tableta 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>armodafinil tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>sodium oxybate solución 500 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	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 4	MO
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tableta sublingual 8 mg; 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tableta sublingual 2 mg; 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl tableta sublingual 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl tableta sublingual 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 8 mg; 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 2 mg; 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 12 mg; 3 mg, 4 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tableta de liberación prolongada 12 horas 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>disulfiram tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
KLOXXADO LÍQUIDO 8 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>naloxone hcl inyección 4 mg/10 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>naloxone hydrochloride inyección 0.4 mg/ml cartucho, 2 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>naloxone hydrochloride ampolla y jeringa precargada inyectable 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>naltrexone hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NICOTROL NS SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	QL (360 ML por 365 días) MO
REXTOVY LÍQUIDO 4 MG/0.25 ML	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>varenicline paq. de tratamiento mensual inicial, tableta 0.5 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>varenicline tartrate continuing month tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>varenicline tartrate tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
VIVITROL INYECCIÓN 380 MG	\$0 para el Nivel 5	ACS

ENDOCRINOS Y METABÓLICOS**ANDRÓGENOS**

<i>danazol cápsula 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>testosterone cypionate inyección 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>testosterone enanthate inyección 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>testosterone pump gel 12.5 mg/act</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (300 G por 30 días) MO
<i>testosterone gel 25 mg/2.5 g, 50 mg/5 g</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (300 G por 30 días) MO
<i>testosterone solución 30 mg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS		
BD TOALLITAS DE ALCOHOL	\$0 (Nivel 1)	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA II/0.3 ML/31 G X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	PA MO
BD INSULIN JERINGA SAFETYGLIDE/1 ML/29 G X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA/0.5 ML/30 G X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA/1 ML/31 G X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	PA MO
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29 G X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	PA MO
BD PEN	\$0 (Nivel 1)	MO
BD VEO INSULIN JERINGA ULTRAFINA/0.3 ML/31 G X 6 MM	\$0 (Nivel 1)	PA MO
APÓSITOS DE GASA 2"X2" 12 APÓSITOS PLY	\$0 (Nivel 1)	PA MO
FIASP FLEXTOUCH INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO
FIASP PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO
FIASP PUMPCART INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	B/D MO
FIASP INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	B/D MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INYECCIÓN 500 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 5	MO
LANTUS SOLOSTAR INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LANTUS INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLIN 70/30 INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLIN N FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLIN N INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLIN R FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLIN R INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	B/D MO
NOVOLOG FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN INYECCIÓN PRECARGADA 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLOG MIX 70/30 INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLOG PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLOG INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	B/D MO
SOLIQUA 100/33 INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML; 33 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	QL (15 ML por 25 días) MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR INYECCIÓN 300 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO
TOUJEO SOLOSTAR INYECCIÓN 300 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XULTOPHY 100/3.6 INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML; 3.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	QL (15 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>dapagliflozin/metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg; 1000 mg, 10 mg; 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días)
<i>dapagliflozin/metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 5 mg; 1000 mg, 5 mg; 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días)
<i>dapagliflozin tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días)
FARXIGA TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>glimepiride tableta 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glimepiride tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg</i>	\$0 (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 (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 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide/metformin hydrochloride tableta 2.5 mg; 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
GLYXAMBI TABLETA 10 MG; 5 MG, 25 MG; 5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
JARDIANCE TABLETA 10 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 2.5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JENTADUETO TABLETA 2.5 MG; 1000 MG, 2.5 MG; 500 MG, 2.5 MG; 850 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Glucophage XR)</i> tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Glucophage XR)</i> tableta de liberación prolongada 24 horas 750 mg	\$0 (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 4	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>metformin hydrochloride tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tableta 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 c/u por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tableta 850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>miglitol tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 3	QL (2 ML por 28 días) PA MO
MOUNJARO INYECCIÓN 2.5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (4 ML por 365 días) PA
<i>nateglinide tableta 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (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 3	QL (3 ML por 28 días) PA MO
OZEMPIC TABLETA 1.5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA
OZEMPIC TABLETA 4 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>pioglitazone hcl-glimepiride tableta 2 mg; 30 mg, 4 mg; 30 mg</i>	\$0 (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 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl tableta 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hydrochloride tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>repaglinide tableta 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
RYBELSUS TABLETA 3 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA
RYBELSUS TABLETA 14 MG, 7 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 1000 mg; 5 mg, 500 mg; 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 1000 mg; 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>saxagliptin hydrochloride tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 1000 mg; 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días)
<i>sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas, 1000mg, 50 mg, 500 mg; 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días)
<i>sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride tableta 1000 mg; 50 mg, 500 mg; 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sitagliptin phosphate tableta 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días)
<i>sitagliptin phosphate tableta 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
TRADJENTA TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 10 MG; 5 MG; 1000 MG, 25 MG; 5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 3	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 3	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 3	QL (2 ML por 28 días) PA MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XIGDUO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 10 MG; 1000 MG, 10 MG; 500 MG	\$0 para el Nivel 3	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 3	QL (60 EA por 30 días) MO
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium solución 70 mg/75 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>alendronate sodium tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>alendronate sodium tableta 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO
BILDYOS INYECCIÓN 60 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	QL (1 ML por 180 días); ACS
BILPREVDA INYECCIÓN 120 MG/1.7 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>calcitonin-salmon solución 200 unidades/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>ibandronate sodium inyección 3 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (3 ML por 90 días) MO
<i>ibandronate sodium tableta 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 30 días) MO
OSPOMYV INYECCIÓN 60 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	QL (1 ML por 180 días); ACS
PAMIDRONATE DISODIUM INYECCIÓN 6 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>pamidronate disodium inyección 30 mg/10 ml, 90 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>risedronate sodium dr tableta de liberación retardada 35 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO
TYMLOS INYECCIÓN 3120 MG/1.56 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
WYOST INYECCIÓN 120 MG/1.7 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
ZOLEDRONIC ACID INYECCIÓN 4 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 4	ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zoledronic acid inyección 4 mg/5 ml, 5 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	ACS
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>deferasirox paquete 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>deferasirox tabs. solubles 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
<i>deferasirox tabs. solubles 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>deferasirox tableta 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	PA; ACS
<i>deferasirox tableta 180 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
<i>kionex suspensión 15 g/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	
LOKELMA PAQUETE 10 G	\$0 para el Nivel 3	QL (34 EA por 30 días) MO
LOKELMA PAQ. 5 G	\$0 para el Nivel 3	QL (96 EA por 30 días) MO
<i>penicillamine tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	ACS
<i>sodium polystyrene sulfonate polvo</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>sodium polystyrene sulfonate suspensión 15 g/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>sps suspensión para múltiples vías de administración 15 g/60 ml, 15 g/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>trientine hydrochloride cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
ANTICONCEPTIVOS		
<i>afirmelle tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>altavera tableta 30 µg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>alyacen 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>alyacen 7/7/7 tableta 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amethyst tableta 20 µg; 90 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>apri tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aranelle tableta 0.5 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ashlyna tableta 0.15 mg; 0.01 mg; 0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aubra eq tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>aviane tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ayuna tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>azurette tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>balziva tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>blisovi 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>blisovi fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>blisovi fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>briellyn tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>camila tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>charlotte 24 fe tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>chateal eq tableta 30 µg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cryselle-28 tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cryselle tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cyred eq tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dasetta 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dasetta 7/7/7 tableta 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>daysee tableta 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>deblitane tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>delyla tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INYECCIÓN 104 MG/0.65 ML	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tableta 0.15 mg; 0.02 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>dolishale tableta 20 µg; 90 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	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 (Nivel 2)	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tableta 3 mg; 0.02 mg, 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>elonest tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>eluryng anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>emzahh tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>enilloring anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>enskyce tableta 0.15 mg; 0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>errin tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estarylla tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol tableta 35 µg; 1 mg, 50 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>falmina tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>feirza 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>feirza 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>finzala tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>galbriela tableta masticable 25 µg; 75 mg; 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hailey 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hailey 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hailey fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hailey fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>heather tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>iclevia tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>incassia</i> tableta 0.35 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>introvale</i> tableta 0.03 mg; 0.15 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>isibloom</i> tableta 0.15 mg; 30 µg	\$0 (Nivel 2)	
<i>jaimiess</i> tableta 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>jasmiel</i> tableta 3 mg; 0.02 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>jencycla</i> tableta 0.35 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>juleber</i> tableta 0.15 mg; 30 µg	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel</i> 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel</i> 1/20 tableta 20 µg; 1 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel fe</i> 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>junel fe</i> 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel fe</i> 24 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>kaitlib fe</i> tableta masticable 25 µg; 75 mg; 0.8 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>kalliga</i> tableta 0.15 mg; 30 µg	\$0 (Nivel 2)	
<i>kariva</i> tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>kelnor</i> 1/35 tableta 35 µg; 1 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>kurvelo</i> tableta 0.03 mg; 0.15 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin</i> 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin</i> 1/20 tableta 20 µg; 1 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin</i> 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin fe</i> 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin fe</i> 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>lessina</i> tableta 20 µg; 0.1 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levonest</i> tableta 0.05 mg; 0.075 mg; 0.125 mg; 0.03 mg; 0.04 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i> tableta 0.1 mg; 0.02 mg; 0.01 mg; 20 µg; 90 µg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> 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	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levora</i> 0.15/30-28 tableta 0.03 mg; 0.15 mg	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LILETTA DISPOSITIVO INTRAUTERINO 20.1 MG/DÍA	\$0 para el Nivel 3	ACS LD
<i>lo-zumandimine tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>loestrin 1.5/30-21 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>loestrin 1/20-21 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>loestrin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>loestrin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lojaimiess tableta 0.1 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>loryna tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>luizza 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>luizza 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>luteru tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lyleq tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lyza tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>marlissa tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>medroxyprogesterone acetate inyección 150 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>meleya tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mibelas 24 fe tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>microgestin 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>microgestin 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>microgestin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>microgestin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>mili tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
MIUDELLA COPPER DISPOSITIVO INTRAUTERINO	\$0 para el Nivel 4	
<i>mono-lynyah tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>necon 0.5/35-28 tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
NEXPLANON INYECCIÓN 68 MG	\$0 para el Nivel 3	ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nikki</i> tableta 3 mg; 0.02 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i> parche semanal 35 µg/24 h; 150 µg/24 h	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i> tableta 20 µg; 1 mg, 30 µg; 1.5 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> tableta masticable 35 µg; 0,4 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norethindrone</i> tableta 0.35 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg, 0.25 mg; 0.035 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norlyroc</i> tableta 0.35 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>nortrel</i> 0.5/35 (28) tableta 35 µg; 0.5 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nortrel</i> 1/35 tratamiento de 28 días	\$0 (Nivel 2)	
<i>nortrel</i> 1/35 tratamiento de 21 días	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nortrel</i> 7/7/7 tableta 35 µg; 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>nylia</i> 1/35 tableta 35 µg; 1 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>nylia</i> 7/7/7 tableta 35 µg; 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>orquidea</i> tableta 0.35 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>orsythia</i> tableta 20 µg; 0.1 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>philith</i> tableta 35 µg; 0.4 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>pimtree</i> tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>portia-28</i> tableta 0.03 mg; 0.15 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>reclipsen</i> tableta 0.15 mg; 0.03 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>rosyrah</i> tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.025 mg; 0.03 mg; 0.01 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>setlakin</i> tableta 0.03 mg; 0.15 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>sharobel</i> tableta 0.35 mg	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>simliya</i> tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>simpesse</i> tableta 0.1 mg; 0.03 mg; 0.01 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sprintec</i> 28 tableta 35 µg; 0.25 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sronyx</i> tableta 20 µg; 0.1 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>syeda</i> tableta 3 mg; 0.03 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>tarina</i> 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>tarina</i> fe 1/20 eq tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>tilia</i> fe tableta 0.02 mg; 0.03 mg; 0.35 mg; 75 mg; 1 mg	\$0 para el Nivel 3	
<i>tri-estarylla</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tri-legest</i> fe tableta 20 µg; 30 µg; 35 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tri-linyah</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-estarylla</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-marzia</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-mili</i> tableta 0.180 mg; 0.215 mg; 0.250 mg; 0.025 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tri-lo-sprintec</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.25 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-mili</i> tableta 0.180 mg; 0.215 mg; 0.250 mg; 0.035 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-sprintec</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-vylibra lo</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-vylibra</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>trivora-28</i> tableta 0.05 mg; 0.03 mg; 0.075 mg; 0.04 mg; 0.125 mg; 0.03 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>turqoz</i> tableta 30 µg; 0.3 mg	\$0 (Nivel 2)	
TYBLUME TABLETA MASTICABLE 20 MG; 0.1 MG	\$0 para el Nivel 3	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tydemy tableta 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>valtya 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>valtya 1/50 tableta 50 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>velivet tableta 0.1 mg; 0.125 mg; 0.15 mg; 0.025 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>vestura tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vienva tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vioarele tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>volnea tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vyfemla tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>vylibra tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>wera tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>wymzya fe tableta masticable 35 µg; 0.4 mg; 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>xarah fe tableta 20 µg; 30 µg; 35 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>xelria fe tableta masticable 35 µg; 75 mg; 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>xulane parche semanal 35 µg/24 h; 150 µg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>zafemy parche semanal 35 µg/24 h; 150 µg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>zovia 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>zumandimine tableta 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
ESTRÓGENOS		
<i>abigale lo tableta 0.5 mg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>abigale tableta 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>conjugated estrogens tableta 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dotti patch 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 4	QL (8 EA por 28 días)

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DUAVEE TABLETA 20 MG; 0.45 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>estradiol valerate inyección 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>estradiol/norethindrone acetate tableta 0.5 mg; 0.1 mg, 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>estradiol crema 0.1 mg/g</i>	\$0 para el Nivel 3	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 (Nivel 2)	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 (Nivel 2)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>estradiol tableta oral 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>estradiol vaginal tableta 10 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ESTRING ANILLO 7.5 MG/24 H	\$0 para el Nivel 4	QL (1 EA por 90 días) MO
<i>fyavolv tableta 2.5 µg; 0.5 mg, 5 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>jinteli tableta 5 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<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 4	QL (8 EA por 28 días)
<i>mimvey tableta 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tableta 2.5 µg; 0.5 mg, 5 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
PREMARIN CREMA 0.625 MG/G	\$0 para el Nivel 4	MO
PREMARIN INYECCIÓN 25 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
PREMARIN TABLETA 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	\$0 para el Nivel 4	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 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>yuvafem tableta 10 µg</i>	\$0 para el Nivel 4	
GLUCOCORTICOIDES		
DEXAMETHASONE INTENSOL CONCENTRADO 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate inyección 100 mg/10 ml, 10 mg/ml ampolla, 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dexamethasone elixir 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dexamethasone solución 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	MO
<i>fludrocortisone acetate tableta 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hydrocortisone sodium succinate inyección 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>hydrocortisone tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methylprednisolone acetate inyección 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>methylprednisolone paq. de dosis tableta paq. de tratamiento 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>methylprednisolone sodium succinate inyección 1000 mg, 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inyección 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>methylprednisolone tableta 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate solución oral 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate solución oral 25 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>prednisolone solución 15 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREDNISONA INTENSOL CONCENTRADO 5 MG/ML <i>prednisone solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>prednisone solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>prednisone tableta paq. de tratamiento 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>prednisone tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 20 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
SOLU-CORTEF INYECCIÓN 1000 MG, 250 MG, 500 MG <i>triamcinolone acetonide inyección 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>triamcinolone acetonide inyección 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
AGENTES HIPERGLUCEMIANTES		
<i>diazoxide suspensión 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
GVOKE HYPOPEN PAQUETE DE 1 INYECCIÓN 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 para el Nivel 3	MO
GVOKE HYPOPEN PAQUETE DE 2 INYECCIÓN 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 para el Nivel 3	MO
GVOKE KIT INYECCIÓN 1 MG/0.2 ML	\$0 para el Nivel 3	MO
GVOKE PFS INYECCIÓN 1 MG/0.2 ML	\$0 para el Nivel 3	MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine inyección 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>betaine anhydrous polvo 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	ACS
<i>cabergoline tableta 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>carglumic acid tableta soluble 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
CERDELGA CÁPSULA 84 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días); ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días); ACS
CYSTAGON CÁPSULA 150 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS LD
<i>desmopressin acetate inyección 4 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>desmopressin acetate preservative free inyección 4 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>desmopressin acetate solución nasal 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>desmopressin acetate tableta 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>fomepizole inyección 1.5 g/1.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 5	
GENOTROPIN MINISQUICK INYECCIÓN 0.2 MG	\$0 para el Nivel 3	PA; ACS
GENOTROPIN MINISQUICK 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 5	PA; ACS
GENOTROPIN INYECCIÓN 12 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
INCRELEX INYECCIÓN 40 MG/4 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
ISTURISA TABLETA 1 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
ISTURISA TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
<i>javygtor paquete 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; LD
<i>javygtor paquete 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
<i>javygtor tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
<i>levocarnitine inyección 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levocarnitine solución oral 1 g/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>levocarnitine tableta 330 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
LUPRON DEPOT-PED (6 MESES) INYECCIÓN 45 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>methergine tableta 0.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>methylergonovine maleate tableta 0.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>mifepristone tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>nitisinone cápsula 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
<i>nitisinona cápsula 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 100 µg/ml, 200 µg/ml, 50 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 1000 µg/ml, 500 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>raloxifene hydrochloride tableta 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
REVCovi INYECCIÓN 2.4 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
REZDIFFRA TABLETA 100 MG; 60 MG; 80 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>sapropterin dihydrochloride paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>sapropterin dihydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
SIGNIFOR INYECCIÓN 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
<i>sodium phenylbutyrate polvo 3 g/cdta.</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>sodium phenylbutyrate tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el 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 5	PA; ACS LD
SOMAVERT INYECCIÓN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
<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 5	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>tolvaptan (genérico de Jynarque) tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
WEGOVY INYECCIÓN 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (2 ML por 28 días) PA
WEGOVY INYECCIÓN 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (3 ML por 28 días) PA MO
WEGOVY TABLETA 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>zelvysia paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
AGENTES AGLUTINANTES DEL FOSFATO		
<i>calcium acetate cápsula 667 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (360 EA por 30 días) B/D MO
<i>sevelamer carbonate tableta 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (540 EA por 30 días) B/D MO
PROGESTINAS		
<i>gallifrey tableta 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>medroxyprogesterone acetate tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>megestrol acetate suspensión 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>megestrol acetate suspensión 625 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>norethindrone acetate tableta 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>progesterone cápsula 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>progesterone inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (Nivel 1)	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/ML, 500 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 4	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 200 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 5	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 5	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 (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 (Nivel 1)	MO
<i>liomny tableta 25 µg, 50 µg, 5 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>liothyronine sodium inyección 10 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	
<i>liothyronine sodium tableta 25 µg, 50 µg, 5 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methimazole tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propylthiouracil tableta 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	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 3	MO
<i>unithroid 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 (Nivel 1)	
ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D		
<i>calcitriol cápsula 0.25 µg, 0.5 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>calcitriol inyección 1 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>calcitriol oral solución 1 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxercalciferol inyección 4 µg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>paricalcitol cápsula 1 µg, 2 µg, 4 µg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>paricalcitol inyección 2 µg/ml, 5 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
GASTROINTESTINALES		
ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant cápsula paq. de tratamiento</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>aprepitant cápsula paq. de tratamiento 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>aprepitant cápsula 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	B/D MO
<i>compro supositorio 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
DIMENHYDRINATE INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>dronabinol cápsula 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>granisetron hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) B/D MO
<i>meclizine hcl tableta 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>meclizine hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>meclizine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>metoclopramide hcl solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metoclopramide hydrochloride inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metoclopramide hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ondansetron hcl solución 4 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (900 ML por 30 días) B/D MO
<i>ondansetron hcl tableta 24 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>ondansetron hydrochloride inyección 40 mg/20 ml, 4 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>ondansetron hydrochloride tableta 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ondansetron tabs. bucodispersables que se desintegran 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>prochlorperazine edisylate inyección 10 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>prochlorperazine maleate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>prochlorperazine supositorio 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>promethazine hcl inyección 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>promethazine hcl supositorio 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride solución simple 6.25 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride solución 6.25 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>promethazine hydrochloride supositorio 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride tableta 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>promethegan supositorio 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; HRM
<i>scopolamine parche 72 horas 1 mg/3 días</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (10 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimethobenzamide hydrochloride cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride cápsula 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride inyección 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride tableta 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO; HRM
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml, 0.4 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml, 1 mg/5 ml, 4 mg/20 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glycopyrrolate tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methscopolamine bromide tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2		
<i>cimetidine tableta 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>famotidine premixed inyección 0.4 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>famotidine inyección 200 mg/20 ml, 20 mg/2 ml, 40 mg/4 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>famotidine suspensión reconstituida 40 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>famotidine tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nizatidine cápsula 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium cápsula 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>budesonide er tableta de liberación prolongada 24 horas 9 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>budesonide cápsula partículas de liberación retardada 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>hydrocortisone enema 100 mg/60 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>mesalamine dr cápsula de liberación retardada 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>mesalamine dr tableta de liberación retardada 1.2 g, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>mesalamine enema 4 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>mesalamine kit 4 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>mesalamine supositorio 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sulfasalazine tableta de liberación retardada 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sulfasalazine tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LAXANTES		
CLENPIQ SOLUCIÓN 12 G/175 ML; 3.5 G/175 ML, 10 MG/175 ML	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>constulose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>enuose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>gavilyte-c solución reconstituida 240 g; 2.98 g; 6.72 g; 5.84 g; 22.72 g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>gavilyte-g solución reconstituida 236 g; 2.97 g; 6.74 g; 5.86 g; 22.74 g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>gavilyte-n/paquete saborizado solución reconstituida 420 g; 1.48 g; 5.72 g; 11.2 g</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>generlac solución 10 g/15 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>kristalose paquete 10 g, 20 g</i>	\$0 para el Nivel 4	PA
<i>lactulose paquete 20 g</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>lactulose paquete 10 g</i>	\$0 para el Nivel 5	PA MO
<i>lactulose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>peg-3350/electrolytes solución reconstituida 236 g; 2.97 g; 6.74 g; 5.86 g; 22.74 g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solución reconstituida 420 g; 1.48 g; 5.72 g; 11.2 g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate solución 1.6 g/177 ml; 3.13 g/177 ml; 17.5 g/177 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
SUTAB TABLETA 225 MG; 188 MG; 1479 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
VARIOS		
<i>alosetron hydrochloride tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>bismuth subcitrate pot/metronidazole/ tetracycline hydrochlo cápsula 140 mg; 125 mg; 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CREON CÁPSULA CON PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA 120000 UNIDADES; 24000 UNIDADES; 76000 UNIDADES, 15000 UNIDADES; 3000 UNIDADES; 9500 UNIDADES, 180000 UNIDADES; 36000 UNIDADES; 114000 UNIDADES, 30000 UNIDADES; 6000 UNIDADES; 19000 UNIDADES, 60000 UNIDADES; 12000 UNIDADES; 38000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>cromolyn sodium concentrado 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate tableta 0.025 mg; 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
LINZESS CÁPSULA 145 MG, 290 MG, 72 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>loperamide hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lubiprostone cápsula 24 µg, 8 µg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>misoprostol tableta 100 µg, 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
MOVANTIK TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
MOVANTIK TABLETA 12.5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sucralfate suspensión 1 g/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sucralfate tableta 1 g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
TALICIA CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 250 MG; 10 MG; 12.5 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (336 EA por 365 días) MO
<i>ursodiol cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>ursodiol tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
VOQUEZNA DUAL PAQ. DE TRATAMIENTO 500 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (224 EA por 365 días) PA MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VOQUEZNA TRIPLE PAQUETE DE TRATAMIENTO 500 MG; 500 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (224 EA por 365 días) PA MO
VOWST CÁPSULA	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
XERMELO TABLETA 250 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
XIFAXAN TABLETA 550 MG	\$0 para el Nivel 3	PA MO
ZENPEP CÁPSULA PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA 14000 UNIDADES; 3000 UNIDADES; 10000 UNIDADES; 24000 UNIDADES; 5000 UNIDADES; 17000 UNIDADES; 42000 UNIDADES; 10000 UNIDADES; 32000 UNIDADES; 63000 UNIDADES; 15000 UNIDADES; 47000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 4	MO
ZENPEP CÁPSULA PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA 105000 UNIDADES; 25000 UNIDADES; 79000 UNIDADES; 168000 UNIDADES; 40000 UNIDADES; 126000 UNIDADES; 252600 UNIDADES; 60000 UNIDADES; 189600 UNIDADES; 84000 UNIDADES; 20000 UNIDADES; 63000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 5	MO
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>esomeprazole magnesium cápsula de liberación retardada 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole sodium inyección 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada 15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada 30 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (42 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole dr cápsula de liberación retardada 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole cápsula de liberación retardada 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pantoprazole sodium inyección 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación retardada 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rabeprazole sodium tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO

GENITOURINARIOS***HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA***

<i>alfuzosin hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride cápsula 0.5 mg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride cápsula 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>finasteride tableta 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>silodosin cápsula 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>tadalafil (Cialis genérico) tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>tamsulosin hydrochloride cápsula 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO

VARIOS

<i>acetic acid 0.25 % solución 0.25 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bethanechol chloride tableta 10 mg, 25 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
FILSPARI TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
FILSPARI TABLETA 400 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>potassium citrate er tableta de liberación prolongada 540 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>potassium citrate er tableta de liberación prolongada 1080 mg, 15 meq</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
TARPEYO CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 4 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS		
<i>fesoterodine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
GEMTESA TABLETA 75 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirabegron er suspensión reconstituida er 8 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (300 ML por 28 días)
<i>mirabegron er tableta de liberación prolongada 24 horas 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>oxybutynin chloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride tableta 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>solifenacin succinate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	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 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>trospium chloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>trospium chloride tableta 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metronidazole gel vaginal 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>miconazole 3 supositorio 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>terconazole crema 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>terconazole supositorio 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	--	---

HEMATOLÓGICOS**ANTICOAGULANTES**

<i>dabigatran etexilate cápsula 110 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dabigatran etexilate cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS PAQ. INICIAL DE TRATAMIENTO 5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (74 EA por 30 días) MO
ELIQUIS CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 0.15 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (56 EA por 21 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 0.5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (588 EA por 29 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 1.5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (591 EA por 29 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 2 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (592 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLETA 2.5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 3	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 4	MO
<i>fondaparinux sodium inyección 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	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 5	MO
HEPARIN SODIUM/D5W INYECCIÓN 5 %; 100 UNIDADES/ML, 5 %; 25000 UNIDADES/500 ML, 5 %; 40 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 4	
HEPARIN SODIUM/ DEXTROSE INYECCIÓN 5 %; 25000 UNIDADES/250 ML	\$0 para el Nivel 4	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 % INYECCIÓN 12500 UNIDADES/250 ML; 0.45 %, 25000 UNIDADES/250 ML; 0.45 %	\$0 para el Nivel 3	
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 25000 UNIDADES/250 ML; 0.45 %, 25000 UNIDADES/500 ML; 0.45 %	\$0 para el Nivel 3	
HEPARIN SODIUM INYECCIÓN 5000 UNIDADES/0.5 ML, 5000 UNIDADES/ ML PF	\$0 para el Nivel 3	
<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 3	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 (Nivel 1)	
<i>rivaroxaban suspensión reconstituida 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (620 ML por 30 días) MO
<i>rivaroxaban tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	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 (Nivel 1)	MO
XARELTO PAQ. INICIAL TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 15 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (51 EA por 30 días) MO
XARELTO SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	QL (620 ML por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 2.5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO		
LEUKINE INYECCIÓN 250 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
PROCRIT INYECCIÓN 10000 UNIDADES/ ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	PA; ACS
PROCRIT INYECCIÓN 20000 UNIDADES/ ML, 40000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZARXIO INYECCIÓN 300 MG/0.5 ML, 480 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
VARIOS		
ALVAIZ TABLETA 54 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
ALVAIZ TABLETA 18 MG, 36 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>anagrelide hydrochloride cápsula 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
BERINERT INYECCIÓN 500 UNIDADES	\$0 para el Nivel 5	QL (24 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>cilostazol tableta 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DOPTLET CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 10 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
DOPTLET TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
DROXIA CÁPSULA 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
HAEGARDA INYECCIÓN 3000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 5	QL (20 EA por 30 días) PA; ACS LD
HAEGARDA INYECCIÓN 2000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>icatibant acetate inyección 30 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (27 ML por 30 días) PA; ACS
<i>l-glutamine paq. 5 g</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>pentoxifylline er tableta de liberación prolongada 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
SIKLOS TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 4	PA MO
SIKLOS TABLETA 1000 MG	\$0 para el Nivel 5	PA MO
TAVNEOS CÁPSULA 10 MG	\$0 para el Nivel 5	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 4	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tranexamic acid inyección 1000 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>tranexamic acid tableta 650 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole er cápsula de liberación prolongada 12 horas 25 mg; 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>clopidogrel tableta 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>clopidogrel tableta 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (2 EA por 365 días) MO
<i>prasugrel hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>ticagrelor tableta 60 mg, 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AGENTES AUTOINMUNITARIOS		
ADALIMUMAB-BWWD INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
BIMZELX INYECCIÓN 160 MG/ML, 320 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
DUPIXENT INYECCIÓN 200 MG/1.14 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (4.56 ML por 28 días) PA; ACS
DUPIXENT INYECCIÓN 300 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
EBGLYSS INYECCIÓN 250 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (40 ML por 365 días) PA; ACS LD
ENBREL MINI INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL SURECLICK INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML, 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENTYVIO PEN INYECCIÓN 108 MG/0.68 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1.36 ML por 28 días) PA; ACS LD
HADLIMA PUSH TOUCH INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HADLIMA PUSH TOUCH INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (44.8 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (44.8 ML por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 10 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (26 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 20 MG/0.2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (52 EA por 365 días) PA; ACS
KINERET INYECCIÓN 100 MG/0.67 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (18.76 ML por 28 días) PA; LD
OTEZLA XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 75 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
OTEZLA/OTEZLA XR PAQ. DE INICIACIÓN DE TRATAMIENTO DE 28 DÍAS, TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 10 MG; 20 MG; 30 MG; 75 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (82 EA por 365 días) PA; ACS
OTEZLA TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 10 MG; 20 MG; 30 MG, 10 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (110 EA por 365 días) PA; ACS
OTEZLA TABLETA 20 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
RINVOQ LQ SOLUCIÓN 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (360 ML por 30 días) PA; ACS
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 45 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (168 EA por 365 días) PA; ACS
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 15 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SKYRIZI PEN INYECCIÓN 150 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 180 MG/1.2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1.2 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 600 MG/10 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (120 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 55 MG/0.37 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2.22 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 360 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2.4 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 150 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
<i>tofacitinib citrate en tableta de liberación prolongada 24 horas 11 mg, 22 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>tofacitinib citrate solución 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (480 ML por 24 días) PA; ACS
<i>tofacitinib citrate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
TREMFYA PAQ. DE INDUCCIÓN PARA ENFERMEDAD DE CROHN/COLITIS ULCEROSA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA PEN INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/20 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (20 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIÓN 162°MG/0.9°ML	\$0 para el Nivel 5	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 5	QL (40 ML por 28 días) PA; ACS
VELSIPITY TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
YESINTEK INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
ZYMFENTRA 2-PEN INYECCIÓN 120 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS
ZYMFENTRA INYECCIÓN CON 2 JERINGAS 120 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)		
<i>hydroxychloroquine sulfate tableta 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
JYLAMVO SOLUCIÓN 2 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>leflunomide tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methotrexate sodium tableta 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
XATMEP SOLUCIÓN 2.5 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	MO
INMUNOGLOBULINAS		
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 5	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 5	PA; ACS LD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE INYECCIÓN 100 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
ARCALYST INYECCIÓN 220 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
INMUNOSUPRESORES		
AZATHIOPRINE INYECCIÓN 100 MG	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>azathioprine tableta 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
BENLYSTA INYECCIÓN 200 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cyclosporine modified cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>cyclosporine modified solución 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>cyclosporine cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
ENVARUS XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>everolimus tableta 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>everolimus tableta 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	B/D MO
<i>gengraf cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>mycophenolate mofetil cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil suspensión reconstituida 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	B/D MO
<i>mycophenolic acid dr tableta de liberación retardada 180 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
NULOJIX INYECCIÓN 250 MG	\$0 para el Nivel 5	B/D
PROGRAF PAQ. 0.2 MG, 1 MG	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
REZUROCK TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
<i>sirolimus solución 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>sirolimus tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tacrolimus er cápsula de liberación prolongada 24 horas 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	B/D
<i>tacrolimus er cápsula de liberación prolongada 24 horas 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>tacrolimus cápsula 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
VACUNAS		
ABRYSVO INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (1 EA por 999 días) PA
ACTHIB INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
ADACEL INYECCIÓN 2 LF/0.5 ML; 15.5 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
AREXVY INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (1 EA por 999 días) PA
BCG VACUNA INYECCIÓN 50 MG	\$0 (Nivel 1)	
BEXSERO INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX INYECCIÓN 2.5 LF/0.5 ML; 18.5 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
DAPTACEL INYECCIÓN 15 LF/0.5 ML; 23 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
DENG VAXIA INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
ENGERIX-B INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
GARDASIL 9 INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
HAVRIX INYECCIÓN 1440 UNIDADES/ML, 720 ELU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
HEPLISAV-B INYECCIÓN 20 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
HIBERIX INYECCIÓN 10 MG	\$0 (Nivel 1)	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INYECCIÓN 2.5 UNIDADES/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
INFANRIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
IPOL INACTIVADA IPV INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
IXIARO INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
JYNNEOS INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	B/D

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KINRIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
M-M-R II INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
MENQUADFI INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
MRESVIA INYECCIÓN 50 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	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 (Nivel 1)	
PEDVAXHIB INYECCIÓN 7.5 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
PENBRAYA INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
PENMENVY INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
PENTACEL INYECCIÓN 15 LFU/0.5 ML; 48 MG/0.5 ML; 5 LFU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
PRIORIX INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
PROQUAD INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL INYECCIÓN 15 LFU/0.5 ML; 48 MG/0.5 ML; 5 LFU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
RABAERT INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INYECCIÓN 10 MG/ ML, 40 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
ROTARIX SUSPENSIÓN	\$0 (Nivel 1)	
ROTATEQ SOLUCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
SHINGRIX JERINGA PRECARGADA INYECTABLE 50 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1 ML por 999 días)
SHINGRIX AMPOLLA INYECCIÓN 50 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 999 días)
TENIVAC INYECCIÓN 2 LFU; 5 LFU	\$0 (Nivel 1)	
TICOVAC INYECCIÓN 1.2 MG/0.25 ML, 2.4 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
TRUMENBA INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
TWINRIX INYECCIÓN 720 ELU/ML; 20 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VAQTA INYECCIÓN 25 UNIDADES/0.5 ML, 50 UNIDADES/ML	\$0 (Nivel 1)	
VARIVAX INYECCIÓN 1350 PFU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
VAXCHORA SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 (Nivel 1)	
VIMKUNYA INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 3	
VIVOTIF CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	\$0 (Nivel 1)	MO
YF-VAX INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	

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

DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE N.º 48	\$0 para el Nivel 3
VIAFLEX INYECCIÓN 24 MEQ/L; 5 %; 23 MEQ/L; 3 MEQ/L; 3 MEQ/L; 20 MEQ/L; 25 MEQ/L	
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 % INYECCIÓN 10 %; 0.2 %	\$0 para el Nivel 4
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 10 %; 0.45 %	\$0 para el Nivel 4
DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 2.5 %; 0.45 %	\$0 para el Nivel 4
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 4
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 % INYECCIÓN 5 %; 0.2 %	\$0 para el Nivel 4
<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 % inyección 5 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 4
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.33 % INYECCIÓN 5 %; 0.33 %	\$0 para el Nivel 4
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 0.45 %	\$0 para el Nivel 4
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 % INYECCIÓN 5 %; 0.9 %	\$0 para el Nivel 4

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dextrose/sodium chloride inyección 5 %; 0.225 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
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 4	
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 4	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 4	B/D
<i>kcl 0.075 %/d5w/nacl 0.45 % inyección 5 %; 10 meq/l; 0.45 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>kcl 0.15 %/d5w/nacl 0.2 % inyección 5 %; 20 meq/l; 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>kcl 0.15 %/d5w/nacl 0.45 % inyección 5 %; 20 meq/l; 0.45 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>kcl 0.15 %/d5w/nacl 0.9 % inyección 5 %; 20 meq/l; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>kcl 0.3 %/d5w/nacl 0.45 % inyección 5 %; 40 meq/l; 0.45 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>kcl 0.3 %/d5w/nacl 0.9 % inyección 5 %; 40 meq/l; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>lactated ringers inyección 3 meq/l; 109 meq/l; 28 meq/l; 4 meq/l; 130 meq/l</i>	\$0 para el Nivel 4	
MAGNESIUM SULFATE INYECCIÓN 20 G/500 ML, 40 G/1000 ML	\$0 para el Nivel 4	
<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 4	
<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 4	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar 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	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>potassium chloride/dextrose inyección 5 %; 10 meq/l, 5 %; 20 meq/l</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>potassium chloride/sodium chloride inyección 20 meq/l; 0.45 %, 20 meq/l; 0.9 %, 40meq/l; 0.9%</i>	\$0 para el Nivel 4	
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 4	
<i>potassium chloride inyección 2 meq/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
RINGERS INYECCIÓN 4.5 MEQ/L; 156 MEQ/L; 4 MEQ/L; 147 MEQ/L	\$0 para el Nivel 3	
<i>sodium bicarbonate inyección 4.2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>sodium bicarbonate inyección 8.4 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sodium chloride 0.45 % inyección 0.45 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 5 %	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sodium chloride inyección 4 meq/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>sodium chloride inyección 0.9 %, 2.5 meq/ml, 3 %</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	B/D
ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL		
<i>effer-k tableta efervescente 25 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluoride tableta masticable 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>klor-con 10 tableta de liberación prolongada 10 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>klor-con 8 tableta de liberación prolongada 8 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>klor-con m10 tableta de liberación prolongada 10 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>klor-con m15 tableta de liberación prolongada 15 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>klor-con m20 tableta de liberación prolongada 20 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>klor-con paquete 20 meq</i>	\$0 para el Nivel 4	
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 3	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 4	
<i>multi-vitamin/fluoride suspensión gotas 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 4	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 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multivitamin/fluoride tableta masticable</i> 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	\$0 para el Nivel 4	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 3	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 3	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 3	MO
<i>potassium chloride er cápsula de liberación prolongada 10 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>potassium chloride er tableta de liberación prolongada 10 meq, 15 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>potassium chloride paquete 20 meq</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>potassium chloride solución oral 10%, 20%</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
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 3	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 3	MO
<i>sodium fluoride solución 0.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sodium fluoride tableta masticable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	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 3	MO
NUTRICIÓN INTRAVENOSA		
AMINOSYN II 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 4	B/D

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOSYN-PF 7% INYECCIÓN 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	\$0 para el Nivel 4	B/D
AMINOSYN-PF/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 4	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 4	B/D

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar 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	Cuánto le costará el 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 4	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 4	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 4	B/D

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar 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	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 4	B/D
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 4	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 4	B/D
<i>clinisol sf inyección 15 %: 151 meq/l;</i> <i>2170 mg/100 ml; 1470 mg/100 ml;</i> <i>434 mg/100 ml; 749 mg/100 ml;</i> <i>1040 mg/100 ml; 894 mg/100 ml;</i> <i>749 mg/100 ml; 1040 mg/100 ml;</i> <i>1180 mg/100 ml; 749 mg/100 ml;</i> <i>1040 mg/100 ml; 894 mg/100 ml;</i> <i>592 mg/100 ml; 749 mg/100 ml;</i> <i>250 mg/100 ml; 39 mg/100 ml; 960 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	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 3	B/D

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dextrose 10 % inyección 10 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
DEXTROSE 30 % INYECCIÓN 30 %	\$0 para el Nivel 3	B/D
<i>dextrose 5 % inyección 5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DEXTROSE 50 % INYECCIÓN 50 %	\$0 para el Nivel 3	B/D
DEXTROSE 70 % INYECCIÓN 70 %	\$0 para el Nivel 3	B/D
DEXTROSE INYECCIÓN 20 %, 40 %	\$0 para el Nivel 3	B/D
GLUCOSE (DEXTROSE) 50 % INYECCIÓN 50 %	\$0 para el Nivel 3	B/D
NUTRILIPID INYECCIÓN 20 G/100 ML	\$0 para el Nivel 3	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 4	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 5	B/D

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar 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	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 4	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 4	B/D
TROPHAMINE INYECCIÓN 10 %	\$0 para el Nivel 4	B/D

OFTÁLMICO**ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS**

<i>loteprednol etabonate/tobramycin suspensión</i> 0.5 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i> <i>pomada 400 unidades/g; 1 %; 0.5 %;</i> <i>10000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone pomada</i> <i>0.1 %; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i> <i>suspensión 0.1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/</i> <i>ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i> <i>suspensión oftálmica 1 %; 3.5 mg/ml;</i> <i>10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i> <i>phosphate solución 0.23 %; 10 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TOBRADEX ST SUSPENSIÓN 0.05 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 3	MO
TOBRADEX POMADA 0.1 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>tobramycin/dexamethasone suspensión 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
ANTIINFECCIOSOS		
<i>bacitracin/polymyxin b pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bacitracin pomada 500 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
BESIFLOXACIN HYDROCHLORIDE SUSPENSION AL 0.6 %	\$0 para el Nivel 3	MO
BESIVANCE SUSPENSIÓN 0.6 %	\$0 para el Nivel 3	MO
CILOXAN POMADA 0.3 %	\$0 para el Nivel 3	QL (42 G por 30 días) MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>erythromycin pomada 5 mg/g</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>gatifloxacin solución 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días)
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Vigamox) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Moxeza) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (12 ML por 30 días) MO
NATACYN SUSPENSIÓN 5 %	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin pomada 400 unidades/g; 5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin solución 0.025 mg/ml; 1.75 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ofloxacin solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 ML por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solución 10000 unidades/ml; 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sulfacetamide sodium solución 10 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>tobramycin solución 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>trifluridine solución 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
XDEMYVY SOLUCIÓN 0.25 %	\$0 para el Nivel 5	QL (10 ML por 42 días) PA; ACS LD
ZIRGAN GEL 0.15 %	\$0 para el Nivel 4	MO
ANTIINFLAMATORIOS		
<i>bromfenac sodium solución 0.07 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>bromfenac sodium solución 0.075 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>bromfenac solución 0.09 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diclofenac sodium solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>difluprednate emulsión 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
FLAREX SUSPENSIÓN 0.1 %	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>fluorometholone suspensión 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>flurbiprofen sodium solución 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ketorolac tromethamine solución oftálmica 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
LOTEMAX SM GEL 0.38 %	\$0 para el Nivel 3	MO
LOTEMAX POMADA 0.5 %	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>loteprednol etabonate gel 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>loteprednol etabonate suspensión 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>loteprednol etabonate suspensión 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prednisolone acetate suspensión 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1 %	\$0 para el Nivel 3	MO
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl solución 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cromolyn sodium solución 4 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>epinastine hcl solución 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ZERVIAE SOLUCIÓN 0.24 %	\$0 para el Nivel 4	
ANTIGLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl solución 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate solución 0.2 %; 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>brimonidine tartrate solución 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>brimonidine tartrate solución 0.15 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>brinzolamide suspensión 1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>carteolol hcl solución 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate solución 22.3 mg/ml; 6.8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf solución 2 %; 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dorzolamide hydrochloride solución 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>latanoprost solución 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levobunolol hcl solución 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LUMIGAN SOLUCIÓN 0.01 %	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>pilocarpine hcl solución 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>pilocarpine hydrochloride solución 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
RHOPRESSA SOLUCIÓN 0.02 %	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ROCKLATAN SOLUCIÓN 0.005 %; 0.02 %	\$0 para el Nivel 4	MO
SIMBRINZA SUSPENSIÓN 0.2 %; 1 %	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>timolol maleate gel oftálmico formador de gel solución formadora 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>timolol maleate (genérico de Timoptic) soln. 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>timolol maleate (genérico de Istalol) soln. oftálmica una vez al día 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>travoprost solución 0.004 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
VYZULTA SOLUCIÓN 0.024 %	\$0 para el Nivel 4	MO
VARIOS		
<i>atropine sulfate solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>cyclosporine emulsión 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
CYSTARAN SOLUCIÓN 0.44 %	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
EYSUVIS SUSPENSIÓN 0.25 %	\$0 para el Nivel 4	MO
MIEBO SOLUCIÓN 1.338 G/ML	\$0 para el Nivel 3	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>proparacaine hcl solución 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
RESTASIS MULTIDOSE EMULSIÓN 0.05 %	\$0 para el Nivel 3	QL (5.5 ML por 30 días) MO
RESTASIS EMULSIÓN 0.05 %	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
XIIDRA SOLUCIÓN 5 %	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
ÓTICOS		
AGENTES ÓTICOS		
<i>acetic acid solución 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride/hydrocortisone suspensión 0.2 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ciprofloxacin hydrochloride solución ótica 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>ciprofloxacin/dexamethasone suspensión 0.3 %; 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>fluocinolone acetonide aceite 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>hydrocortisone/acetic acid solución 2 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>neomycin/polymyxin/hc solución 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone susp. ótica 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>ofloxacin solución ótica 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

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 3	QL (60 EA por 30 días) MO
BEVESPI AEROSPHERE AEROSOL 4.8 MG/PULVERIZACIÓN; 9 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 3	QL (10.7 G por 30 días) MO
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160 MG/PULVERIZACIÓN; 4.8 MG/PULVERIZACIÓN; 18 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 3	QL (10.7 G por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160 MG/PULVERIZACIÓN; 4.8 MG/PULVERIZACIÓN; 9 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 3	QL (10.7 G por 30 días) MO
COMBIVENT RESPIMAT SOLUCIÓN EN AEROSOL 100 MG/PULVERIZACIÓN; 20 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 4	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 (Nivel 2)	B/D MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 3	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA SOLUCIÓN EN AEROSOL 17 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 4	QL (25.8 G por 30 días) MO
INCRUSE ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 62.5 MG/INH	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide solución para inhalación 0.02 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>ipratropium bromide solución nasal 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 28 días) MO
<i>ipratropium bromide solución nasal 0.06%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (45 ML por 30 días) MO
SPIRIVA RESPIMAT SOLUCIÓN EN AEROSOL 1.25 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 4	QL (4 G por 30 días) MO
ANTIHIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hydrochloride solución 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 25 días) MO
CARBINOXAMINE MALEATE ER SUSPENSIÓN DE LIBERACIÓN PROLONGADA 4 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>cetirizine hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>clemapine fumarate tableta 2.68 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>cyproheptadine hcl jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>cyproheptadine hydrochloride tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>desloratadine tab. bucodispersable que se desintegra 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>desloratadine tableta 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>diphenhydramine hydrochloride inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>hydroxyzine hcl tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydroxyzine hydrochloride inyección 25 mg/ml, 50mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride jarabe 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride tableta 10 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine pamoate cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>levocetirizine dihydrochloride solución 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>levocetirizine dihydrochloride tableta 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olopatadine hcl solución 0.6 %</i>	\$0 para el Nivel 4	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 (Nivel 2)	QL (13.4 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de ProAir HFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (17 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de Ventolin HFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 (Nivel 2)	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 (Nivel 2)	B/D MO
<i>albuterol sulfate jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>albuterol sulfate tableta 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>levalbuterol hcl solución de nebulización 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>levalbuterol hcl solución de nebulización 0.31 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>levalbuterol hydrochloride solución de nebulización 0.63 mg/3 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA AEROSOL 45 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 3	QL (30 G por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levalbuterol solución de nebulización 1.25 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
SEREVENT DISKUS AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 50 MG/ DOSIS	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>terbutaline sulfate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>terbutaline sulfate tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium paquete 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium tableta masticable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zafirlukast tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine solución para inhalación 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>aminophylline inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>cromolyn sodium solución de nebulización 20 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	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 3	QL (2 EA por 30 días) MO
FASENRA PEN INYECCIÓN 30 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD
FASENRA INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS LD
FASENRA INYECCIÓN 30 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD
<i>nintedanib esylate cápsula 100 mg, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
INYECCIÓN DE NUCALA 40 MG/0,4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.4 ML por 28 días) PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NUCALA INYECCIÓN 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (3 EA por 28 días) PA; ACS LD
NUCALA INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (3 ML por 28 días) PA; ACS LD
OFEV CÁPSULA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>pirfenidone cápsula 267 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tableta 267 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tableta 534 mg, 801 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
PROLASTIN-C INYECCIÓN 1000 MG/20 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
PULMOZYME SOLUCIÓN 2.5 MG/2.5 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
<i>roflumilast tableta 250 µg, 500 µg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 12 horas 300 mg, 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>theophylline solución 80 mg/15 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
TRIKAFTA TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 100 MG; 75 MG; 50 MG, 50 MG; 37.5 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
TRIKAFTA PAQ. DE TRATAMIENTO 100 MG; 75 MG; 50 MG, 80 MG; 60 MG; 40 MG	\$0 para el Nivel 5	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 5	PA; ACS LD
ESTEROIDES NASALES		
<i>flunisolide solución 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (75 ML por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone propionate suspensión 50 µg/pulverización</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (16 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate suspensión 50 µg/pulverización</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (34 G por 30 días) MO
XHANCE SUSPENSIÓN PARA EXHALADOR 93 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 4	QL (32 ML por 30 días) PA MO
INHALANTES ESTEROIDEOS		
ALVESCO SOLUCIÓN EN AEROSOL 160 MG/PULVERIZACIÓN, 80 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 4	QL (12.2 G por 30 días) MO
ARNUITY ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/PULVERIZACIÓN; 200 MG/PULVERIZACIÓN; 50 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 3	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 4	B/D MO
COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ESTEROIDES		
AIRSUPRA AEROSOL 90 MG/PULVERIZACIÓN; 80 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 3	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 3	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 3	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 4	QL (13 G por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLUTICASONE FUROATE/VILANTEROL ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/INH; 25 MG/INH, 200 MG/INH; 25 MG/INH	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i> (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	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
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 4	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 (Nivel 2)	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 (Nivel 2)	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 4	PA
<i>amnesteem cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA
<i>claravis cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA
<i>clindacin espuma 1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (100 G por 30 días)

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phosphate (una vez al día) gel frasco al 1%.</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate (dos veces al día) gel tubo al 1%.</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate espuma 1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate loción 1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate solución tópica 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>ery apósito 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>erythromycin/benzoyl peroxide gel 5 %; 3 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>erythromycin gel 2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>erythromycin solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	PA
<i>sulfacetamide sodium loción 10 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>tretinoin crema 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>tretinoin gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>zenatane cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
<i>gentamicin sulfate crema 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate pomada 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mupirocin crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mupirocin pomada 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (22 G por 30 días) MO
<i>silver sulfadiazine crema 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
SSD CREMA 1 %	\$0 para el Nivel 3	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SULFAMYLON CREMA 85 MG/G	\$0 para el Nivel 4	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIMICÓTICOS		
<i>ciclopirox nail lacquer solución 8 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (6.6 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox olamine crema 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox gel 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox champú 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox suspensión 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crema 0.05 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole crema 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole solución 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>econazole nitrate crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (85 G por 30 días) MO
ERTACZO CREMA 2 %	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole crema 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole champú 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ketodan espuma 2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (100 G por 30 días)
<i>klayesta polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 G por 30 días)
<i>nyamyc polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 G por 30 días)
<i>nystatin crema 100000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin pomada 100000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>nystop polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 G por 30 días)
<i>selenium sulfide loción 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin cápsula 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>calcipotriene crema 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) PA MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcipotriene pomada 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene solución 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 ML por 30 días) PA MO
<i>calcitrene pomada 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) PA MO
CALCITRIOL POMADA 3 MG/G	\$0 para el Nivel 4	QL (800 G por 28 días) PA MO
<i>methoxsalen cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>tazarotene crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>tazarotene crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>tazarotene gel 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (100 G por 30 días) PA MO
<i>trilitas gel 0.1%</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (100 G por 30 días) PA
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort crema 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>alclometasone dipropionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>alclometasone dipropionate pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented crema 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented loción 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate loción 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 ML por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>betamethasone dipropionate pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone valerate crema 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone valerate loción 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone valerate pomada 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate e crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate gel 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate champú 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (50 ML por 30 días) MO
<i>clodan champú 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (118 ML por 30 días)
<i>desonide crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desonide pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone crema 0.25 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (100 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone pomada 0.25 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (100 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide aceite para el cuerpo 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide aceite para el cuero cabelludo 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crema 0.025 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crema 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinolone acetonide pomada 0.025 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide solución 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluocinonide emulsified base crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide gel 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate crema 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate pomada 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate crema 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (50 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone valerate pomada 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hydrocortisone crema 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone loción 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone pomada 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hydrocortisone pomada 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate crema 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate pomada 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate solución 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide crema 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>triamcinolone acetonide crema 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (454 G por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide loción 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (15 G por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine/prilocaine crema 2.5 %; 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (30 G por 30 días) MO
<i>lidocaine pomada 5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (35.44 G por 30 días) PA MO
<i>lidocaine parche 5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>lidocan parche 5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) PA
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>ammonium lactate crema 12 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ammonium lactate loción 12 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>azelaic acid gel 15 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (50 G por 30 días) MO
<i>bexarotene gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 G por 30 días) PA; ACS
<i>diclofenac sodium solución tópica 1.5 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (300 ML por 28 días) MO
<i>doxepin hydrochloride crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (45 G por 30 días) PA MO
EUCRISA POMADA 2 %	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) PA MO
FLUOROURACIL CREMA 0.5 %	\$0 para el Nivel 5	QL (30 G por 30 días) PA MO
<i>fluorouracil crema 5%</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (40 G por 30 días) MO
<i>fluorouracil solución 2 %, 5 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone perianal crema 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hydrocortisone perianal crema 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>imiquimod crema 5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (24 EA por 30 días) MO
<i>metronidazole crema 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metronidazole gel 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metronidazole gel 1%</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metronidazole loción 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nitroglycerin rectal pomada 0.4 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 G por 30 días) MO
PANRETIN GEL 0.1 %	\$0 para el Nivel 5	QL (60 G por 30 días) PA
<i>pimecrolimus crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (100 G por 30 días) MO
<i>podofilox solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>procto-med hc crema 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días)
<i>proctocort crema 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>proctosol hc crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 G por 30 días)
<i>proctozone-hc crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 G por 30 días)
<i>tacrolimus pomada 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
VALCHLOR GEL 0.016 %	\$0 para el Nivel 5	QL (60 G por 30 días) PA; LD
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
<i>malathion loción 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>permethrin crema 5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS		
SANTYL POMADA 250 UNIDADES/G	\$0 para el Nivel 4	QL (180 G por 30 días) PA MO
<i>sodium chloride 0.9 % solución 0.9 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
AGENTES DENTALES/FARÍNGEOS/BUCALES		
<i>cevimeline hydrochloride cápsula 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>chlorhexidine gluconate solución 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clinpro 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>clotrimazole past. para chup. 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dentagel gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>fluoridex daily defense pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 4	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 4	
<i>fluorimax 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>just right 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>kourzeq pasta 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lidocaine hydrochloride viscous solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>lidocaine viscous solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nystatin suspensión 100000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>oralone pasta dental 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>periogard solución 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pilocarpine hydrochloride tableta 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sf gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm sequedad bucal gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium fluoride 5000 ppm pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
SODIUM FLUORIDE/POTASSIUM NITRATE/SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 4	
<i>sodium fluoride gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>triamcinolone acetonide pasta dental 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

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

<i>4x probiotic tableta</i>	\$0	*
<i>acetaminophen cápsula 500 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen/acetaminophen er 8 horas</i>	\$0	*
<i>arthritis pain relief tableta de liberación prolongada 650 mg</i>		
<i>acetaminophen extra strength líquido 500 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen extra strength tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen líquido 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen solución 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen supositorio 120 mg, 325 mg, 650 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen suspensión 325 mg/10.15 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen tableta masticable 80 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen/aspirin/cafeine tableta 250 mg; 250 mg; 65 mg</i>	\$0	*
<i>acid gone suspensión 95 mg/15 ml; 358 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>acidophilus lactobacilli cápsula</i>	\$0	*
<i>acidophilus probiotic blend cápsula</i>	\$0	*
<i>acidophilus tableta masticable</i>	\$0	*
<i>acidophilus with bifidus tableta masticable</i>	\$0	*
<i>acidophilus/bacillus coagulans extra strength tableta 4.17 mg; 2.92 mg</i>	\$0	*
<i>acidophilus/citrus pectin tableta</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acidophilus/pectin cápsula</i>	\$0	*
<i>activnutrients tableta masticable 62.5 mg;</i> <i>37.5 µg; 12.5 mg; 12.5 µg; 12.5 µg; 0.125 mg;</i> <i>85 µg; 18.75 µg; 0.75 mg; 61.5 µg; 30.75 µg;</i> <i>12.5 mg; 0.125 mg; 12.5 µg; 2.5 mg; 2.5 mg;</i> <i>0.625 mg; 1.25 mg; 12.5 µg; 1.25 mg; 150 µg;</i> <i>3.125 µg; 8.375 mg; 3.75 µg; 3 µg; 1.875 mg</i>	\$0	*
<i>acuwash líquido</i>	\$0	*
<i>adapalene gel 0.1 %</i>	\$0	*
<i>advance intuition control solution líquido</i>	\$0	*
<i>advocate control solutionlow líquido</i>	\$0	*
<i>advocate redi-code+ control solution low líquido</i>	\$0	*
<i>agamatrix control normal solución</i>	\$0	*
<i>alahist d tableta 17.5 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>albustix tira</i>	\$0	*
<i>alcohol preps apósito 70 %</i>	\$0	*
<i>align dualbiotic tableta masticable 5 mg;</i> <i>1.25 mg</i>	\$0	*
<i>align jr for kids tableta masticable 10.5 mg</i>	\$0	*
<i>align kids probiotic tableta masticable 5 mg;</i> <i>1.25 mg</i>	\$0	*
<i>align tableta masticable 10.5 mg</i>	\$0	*
<i>aloe vesta gel de ducha/champú líquido</i>	\$0	*
<i>aloe vesta gel de ducha/champú líquido</i>	\$0	*
<i>aluminum/magnesium/simethicone suspensión</i> <i>200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 20 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>americerin crema</i>	\$0	*
<i>ammonium lactate crema 12 %</i>	\$0	*
<i>ammonium lactate loción 12 %</i>	\$0	*
<i>antacid & anti-gas maximum strength</i> <i>suspensión 800 mg/10 ml; 800 mg/10 ml;</i> <i>80 mg/10 ml</i>	\$0	*
<i>antacid extra strength tableta masticable</i> <i>160 mg; 105 mg</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>antibiotic + pain relief maximum strength crema 3.5 mg/g; 10000 unidades/g; 10 mg/g</i>	\$0	*
<i>champú anticaspa champú 1 %</i>	\$0	*
<i>aqua glycolic limpiador facial líquido</i>	\$0	*
<i>aqua glycolic champú y limpieza corporal líquido</i>	\$0	*
<i>aqua glycolic tónico líquido</i>	\$0	*
<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	*
<i>aspirin regular strength tableta de liberación retardada 325 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin supositorio 300 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin tableta masticable 81 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin tableta de liberación retardada 81 mg</i>	\$0	*
<i>assure dose normal control solución</i>	\$0	*
<i>aveeno baby calming comfort para baño líquido</i>	\$0	*
<i>aveeno baby cleansing therapy limpiador humectante líquido</i>	\$0	*
<i>aveeno baby soothing multi-purpose pomada</i>	\$0	*
<i>aveeno calm & restore limpiador líquido</i>	\$0	*
<i>aveeno daily moisturizing limpiador facial líquido</i>	\$0	*
<i>ayr nasal drops solución 0.65 %</i>	\$0	*
<i>b-12 quick dissolve tableta sublingual 1000 µg</i>	\$0	*
<i>bacid tableta</i>	\$0	*
<i>bacitracin pomada 500 unidades/g</i>	\$0	*
<i>bacitracin zinc pomada 500 unidades/g</i>	\$0	*
<i>bacitracin/neomycin/polymyxin pomada 400 unidades/g; 5 mg/g; 5000 unidades/g</i>	\$0	*
<i>bacitracin/polymyxin pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0	*
<i>balmex multi-purpose pomada 51.1 %</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>benzoyl peroxide gel 10 %, 2.5 %, 5 %</i>	\$0	*
<i>benzoyl peroxide líquido 10 %</i>	\$0	*
<i>benzoyl peroxide loción 10 %, 5 %</i>	\$0	*
<i>benzoyl peroxide wash líquido 5 %</i>	\$0	*
<i>benzyl alcohol líquido</i>	\$0	*
<i>benzyl benzoate líquido</i>	\$0	*
<i>biohm childrens probioticsupplement tableta masticable</i>	\$0	*
<i>bion tears solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>bisacodyl supositorio 10 mg</i>	\$0	*
<i>bisacodyl tableta de liberación retardada 5 mg</i>	\$0	*
<i>bismuth subsalicylate tableta masticable 262 mg</i>	\$0	*
<i>boudreauxs butt bath gel de ducha y champú líquido</i>	\$0	*
<i>budesonide aerosol nasal suspensión 32 µg/ pulverización</i>	\$0	*
<i>butenafine hydrochloride crema 1 %</i>	\$0	*
<i>calamine loción 8 %; 8 %</i>	\$0	*
<i>calamine plus loción 8 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>calcium + d3 tableta 250 mg; 3 µg</i>	\$0	*
<i>calcium 500 + d tableta 500 mg; 200 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium 500 + d tableta 500 mg; 400 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium 500 + d3 high potency tableta masticable 400 unidades; 500 mg</i>	\$0	*
<i>calcium 600 + d tableta 600 mg; 400 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium antacid extra strength tableta masticable 750 mg</i>	\$0	*
<i>calcium antacid ultra tableta masticable 1000 mg</i>	\$0	*
<i>calcium carbonate suspensión 1250 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>calcium carbonate tableta 1250 mg</i>	\$0	*
<i>calcium carbonate tableta masticable 500 mg</i>	\$0	*
<i>calcium carbonate tableta masticable 500 mg</i>	\$0	*
<i>calcium citrate tableta 200 mg, 250 mg</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium oyster shell tableta 1250 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>calcium polycarbophil tableta 625 mg</i>	\$0	*
<i>calcium tableta 1500 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0	*
<i>calcium/vitamin d tableta 600 mg; 400 unidades, 600 mg; 5 µg</i>	\$0	*
<i>capsaicin crema 0.025 %, 0.075 %, 0.1 %</i>	\$0	*
<i>capsaicin pain relief crema 0.1 %</i>	\$0	*
<i>carbamoxide ear drops solución 6.5 %</i>	\$0	*
<i>carboxymethylcellulose sodium solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>carboxymethylcellulose sodium gel 1 %</i>	\$0	*
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel 1 %</i>	\$0	*
<i>carboxymethylcellulose sodium solución oftálmica gotas oftálmicas solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>castor oil</i>	\$0	*
<i>castor oil stimulant laxative aceite 100 %</i>	\$0	*
<i>cerave baby pomada curativa pomada 46.5 %</i>	\$0	*
<i>cerave líquido limpiador facial espumoso 0</i>	\$0	*
<i>cerave limpiador líquido hidratante en crema a espuma</i>	\$0	*
<i>cerave limpiador facial hidratante líquido</i>	\$0	*
<i>cerave sa gel de ducha líquido</i>	\$0	*
<i>cetaphil limpiador facial líquido de uso diario</i>	\$0	*
<i>cetaphil dermacontrol lavado con espuma líquido</i>	\$0	*
<i>cetaphil limpiador suave líquido</i>	\$0	*
<i>cetaphil limpiador para piel sensible líquido</i>	\$0	*
<i>cetaphil líquido</i>	\$0	*
<i>cetaphil restoraderm líquido</i>	\$0	*
<i>cetirizine hcl tableta 5 mg</i>	\$0	*
<i>cetirizine hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>cetirizine hydrochloride tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride tableta de liberación prolongada 12 horas 5 mg; 120 mg</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chemstrip 2 ln tiras</i>	\$0	*
<i>chemstrip 9 tiras</i>	\$0	*
<i>chemstrip ugk</i>	\$0	*
<i>cherry syrup jarabe 82.3 %</i>	\$0	*
<i>chewable vitamin c tableta masticable 250 mg</i>	\$0	*
<i>children's chewable acetaminophen tableta masticable 160 mg</i>	\$0	*
<i>chlophedianol/dexchlopheniramine./ pseudoephedrine líquido 12.5 mg/5 ml; 1 mg/5 ml; 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>chloraseptic líquido 1.4 %</i>	\$0	*
<i>chlorpheniramine maleate tableta 4 mg</i>	\$0	*
<i>chlorpheniramine maleate tableta de liberación prolongada 12 mg</i>	\$0	*
<i>chocolated laxative tableta masticable 15 mg</i>	\$0	*
<i>cimetidine tableta 200 mg</i>	\$0	*
<i>clean & clear essentials espuma limpiadora facial líquida</i>	\$0	*
<i>clean & clear limpiador facial líquido espumoso para piel sensible</i>	\$0	*
<i>clean & clear morning burst limpiador facial líquido</i>	\$0	*
<i>clean & clear morning burst limpiador facial hidratante líquido</i>	\$0	*
<i>clean & clear night relaxing líquido limpiador facial de limpieza profunda</i>	\$0	*
<i>clear eyes natural tears lubricant solución 0.5 %; 0.6 %</i>	\$0	*
<i>clever choice glucose control low líquido</i>	\$0	*
<i>cln gel de ducha suave que no reseca la piel líquido</i>	\$0	*
<i>cln limpiador facial que equilibra la hidratación líquido</i>	\$0	*
<i>cln limpiador profundo para manos y pies líquido</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cln lavado deportivo de alto rendimiento líquido</i>	\$0	*
<i>cln lavado deportivo líquido</i>	\$0	*
<i>clotrimazole 3 crema 2 %</i>	\$0	*
<i>clotrimazole solución 1 %</i>	\$0	*
<i>clotrimazole topical crema 1 %</i>	\$0	*
<i>clotrimazole vaginal crema 1 %</i>	\$0	*
<i>cold & cough childrens líquido 1 mg/5 ml; 5 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>cold/flu daytime relief cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>coleman 100 max insect repellent/continuous spray aerosol 98.11 %</i>	\$0	*
<i>coleman insect repellent/high & dry aerosol 25 %</i>	\$0	*
<i>coleman insect repellent/sportsmen aerosol 40 %</i>	\$0	*
<i>condoms varios</i>	\$0	*
<i>contour low control líquido</i>	\$0	*
<i>contour next control level 1 solución</i>	\$0	*
<i>contour next control level 2 solución</i>	\$0	*
<i>contour normal control líquido</i>	\$0	*
<i>control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>corn and callus remover líquido 17 %</i>	\$0	*
<i>cottonseed oil</i>	\$0	*
<i>cromolyn sodium solución en aerosol 5.2 mg/ pulverización</i>	\$0	*
<i>culturelle adult ultimatebalance cápsula 200 mg; 20,000 millones de UFC</i>	\$0	*
<i>culturelle digestive daily probiotic pro strength cápsula 200 mg; 12,000 millones de UFC</i>	\$0	*
<i>culturelle digestive health cápsula 200 mg; 10,000 millones de UFC</i>	\$0	*
<i>culturelle health & wellness cápsula 200 mg; 10 mil millones</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>culturelle immune defense tableta masticable 90 mg; 100 mg; 53 mg; 3mg</i>	\$0	*
<i>culturelle kids immune defense probiotic tableta masticable 90 mg; 20 µg; 50 mg; 26 mg; 3 mg</i>	\$0	*
<i>culturelle kids immune defense tableta masticable 90 mg; 50 mg; 26 mg; 1.88 mg</i>	\$0	*
<i>culturelle kids probiotic+ veggie fiber tableta masticable</i>	\$0	*
<i>culturelle probiotic & prebiotic tableta masticable</i>	\$0	*
<i>culturelle probiotics kids tableta masticable 15 mg; 1 g</i>	\$0	*
<i>culturelle ultimate strength probiotic cápsula 200 mg; 20,000 millones de UFC</i>	\$0	*
<i>cutter aerosol 10 %</i>	\$0	*
<i>cutter all family aerosol 7 %</i>	\$0	*
<i>cutter backwoods dry aerosol 25 %</i>	\$0	*
<i>cutter skinsations aerosol 7 %</i>	\$0	*
<i>cutter sport aerosol 15 %</i>	\$0	*
<i>cvs advanced probiotic gomitas tableta masticable</i>	\$0	*
<i>cvs calcium carbonate tableta 1250 mg</i>	\$0	*
<i>cvs chewable probiotic childrens tableta masticable</i>	\$0	*
<i>cvs limpiador facial diario líquido</i>	\$0	*
<i>cvs digestive probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>cvs cáps. de aceite de pescado</i>	\$0	*
<i>cvs cáps. mitad de tamaño de aceite de pescado</i>	\$0	*
<i>cvs insect repellent aerosol 15 %</i>	\$0	*
<i>cvs natural tears pf solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>cvs petroleum gel w/ vitamin e crema</i>	\$0	*
<i>cvs probiotic childrens tableta masticable</i>	\$0	*
<i>cvs probiotic tableta masticable</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs sleep-aid nighttime tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>cvs total home insect repellent aerosol 30 %</i>	\$0	*
<i>cyanocobalamin inyección 1000 µg/ml</i>	\$0	*
<i>daily chewable probiotic-14 tableta masticable</i>	\$0	*
<i>daily probiotic supplement cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>day-time pe cold/flu relief cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>desitin multi-purpose healing pomada 71.3 %</i>	\$0	*
<i>dextromethorphan hbr cápsula 15 mg</i>	\$0	*
<i>dextromethorphan hydrobromide/guaifenesin líquido 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>dextromethorphan polistirex er suspensión de liberación prolongada 30mg/5ml</i>	\$0	*
<i>dextromethorphan/guaifenesin líquido 5 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>dhs tar champú 0.5 %</i>	\$0	*
<i>dialyvite chewable probiotic tableta masticable</i>	\$0	*
<i>diastix tira</i>	\$0	*
<i>diatrue glucose control solution level 1 solución</i>	\$0	*
<i>diatrue glucose control solution level 2 solución</i>	\$0	*
<i>diclofenac sodium gel 1 %</i>	\$0	*
<i>digestive advantage dailydigestive & immune support tableta masticable 3.33 mg</i>	\$0	*
<i>digestive advantage kids daily digestive & immune support tableta masticable 3.33 mg</i>	\$0	*
<i>digestive advantage kids daily probiotic gomitas tableta masticable</i>	\$0	*
<i>digestive advantage kids daily probiotic+gen prebiotic fiber tableta masticable</i>	\$0	*
<i>digestive advantage multi-strain probiotic ultra tableta masticable</i>	\$0	*
<i>digestive advantage prebiotic+probiotic tableta masticable</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>digestive advantage probiotic gomitas tableta masticable</i>	\$0	*
<i>digestive probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>dimenhydrinate tableta 50 mg</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hcl cápsula 50 mg</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hcl/zinc acetate crema 2 %; 0.1 %</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hydrochloride cápsula 25 mg</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hydrochloride líquido 12.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>docosanol crema 10 %</i>	\$0	*
<i>docusate calcium cápsula 240 mg</i>	\$0	*
<i>docusate sodium cápsula 100 mg, 250 mg</i>	\$0	*
<i>docusate sodium líquido 50 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>docusate sodium jarabe 60 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>docusate sodium tableta 100 mg</i>	\$0	*
<i>dry eye relief drops solución 0.2 %; 0.2 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>durex realfeel non-latex dispositivo</i>	\$0	*
<i>d-vi-sol líquido 400 unidades/ml</i>	\$0	*
<i>dynashield crema 1.8 %; 2 %</i>	\$0	*
<i>easy check glucose control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>easy plus ii control solution low solución</i>	\$0	*
<i>easy step control solution low solución</i>	\$0	*
<i>easy talk control solution low solución</i>	\$0	*
<i>easy talk control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>easy talk plus ii controllow solución</i>	\$0	*
<i>easy trak ii control solución/normal líquido</i>	\$0	*
<i>easy trak glucose controlsolución low solución</i>	\$0	*
<i>easy trak glucose controlsolución normal solución</i>	\$0	*
<i>easymax control solution normal solución</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ed chlorped jr jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>effervescent pain relief tableta efervescente 325 mg; 1000 mg; 1916 mg</i>	\$0	*
<i>element low control líquido</i>	\$0	*
<i>element normal control líquido</i>	\$0	*
<i>embrace control solution low solución</i>	\$0	*
<i>embrace evo glucose control solution level 1 líquido</i>	\$0	*
<i>embrace talk glucose control solution low solución</i>	\$0	*
<i>cápsula vacía tamaño 1 azul/cápsula polvo azul</i>	\$0	*
<i>encare supositorio 100 mg</i>	\$0	*
<i>enema disposable enema 7 g/118 ml; 19 g/118 ml</i>	\$0	*
<i>eql 2 in 1 probiotic tableta</i>	\$0	*
<i>eql 4x probiotic tableta</i>	\$0	*
<i>eql gel de ducha/líquido para piel sensible</i>	\$0	*
<i>eql gel de ducha/manteca de karité líquida</i>	\$0	*
<i>eql jabón líquido de manos transparente para rellenar</i>	\$0	*
<i>eql limpiador líquido suave para la piel</i>	\$0	*
<i>eql gel de ducha líquido de alta potencia</i>	\$0	*
<i>eql jabón líquido para manos</i>	\$0	*
<i>eql jabón líquido para manos para rellenar</i>	\$0	*
<i>eql líquido astringente para la piel</i>	\$0	*
<i>ergocalciferol solución 8000 unidades/ml</i>	\$0	*
<i>esomeprazole magnesium cápsula de liberación retardada 20 mg</i>	\$0	*
<i>esomeprazole magnesium dr 24 h tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0	*
<i>ethyl oleate líquido</i>	\$0	*
<i>eucerin líquido limpiador avanzado</i>	\$0	*
<i>eucerin gel de ducha líquido calmante para la piel</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>evolution control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>ex-lax tableta masticable 15 mg</i>	\$0	*
<i>eye allergy relief solución 0.025 %; 0.3 %, 0.027 %; 0.315 %</i>	\$0	*
<i>famotidine tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>famotidine tableta 20 mg</i>	\$0	*
<i>fc2 female condom varios</i>	\$0	*
<i>ferrous fumarate 324 tableta 324 mg</i>	\$0	*
<i>ferrous gluconate tableta 240 mg, 324 mg</i>	\$0	*
<i>ferrous sulfate solución 15 mg/ml, 220 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ferrous sulfate tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>ferrous sulfate ttableta de liberación retardada 324 mg, 325 mg</i>	\$0	*
<i>fexofenadine hcl childrens allergy suspensión 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>fexofenadine hydrochloride tableta 180 mg, 60 mg</i>	\$0	*
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 12 horas 60 mg; 120 mg</i>	\$0	*
<i>fiber powder 28.3 %, 48.57 %</i>	\$0	*
<i>cápsula de aceite de pescado que no provoca gases 89 mg; 244 mg; 500 mg; 27 mg</i>	\$0	*
<i>cápsula de aceite de pescado 60 mg; 90 mg; 500 mg; 150 mg</i>	\$0	*
<i>minicápsulas de aceite de pescado 125 mg; 340 mg; 700 mg; 500 mg</i>	\$0	*
<i>flanders buttocks pomada 66.2 %; 13.4 %</i>	\$0	*
<i>flavorx líquido</i>	\$0	*
<i>flexitol jabón líquido para piel sensible</i>	\$0	*
<i>florastart cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>florastor cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>floraxis tableta</i>	\$0	*
<i>fluticasone propionate suspensión 50 µg/ pulverización</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>folic acid tableta 1 mg</i>	\$0	*
<i>folic acid/vitamin b-6/vitamin b-12 tableta 500 µg; 2.2 mg; 25 mg</i>	\$0	*
<i>folplex 2.2 tableta 0.5 mg; 2.2 mg; 25 mg</i>	\$0	*
<i>fondcircle control solution líquido</i>	\$0	*
<i>fora control solution low solución</i>	\$0	*
<i>fora control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>foracare gdh control solution low solución</i>	\$0	*
<i>foracare gdh control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>fortiscare control solutions low solución</i>	\$0	*
<i>fortiscare control solutions normal solución</i>	\$0	*
<i>free & clear para piel sensible líquido</i>	\$0	*
<i>free + pure daily probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>ft caldyphen loción 8 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>ft probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>ft probiotic childrens tableta masticable</i>	\$0	*
<i>ft limpiador para piel líquido</i>	\$0	*
<i>gaviscon suspensión 95 mg/15 ml; 358 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>gel100 control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>genteal severe tears gel 0.3 %</i>	\$0	*
<i>genteal tears liquid drops moderate solución 0.1 %; 0.2 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>genteal tears moderate pf solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>genteal tears severe day/night gel 0.4 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>limpiador para piel sensible líquido</i>	\$0	*
<i>glucocard 01 control solution/normal solución</i>	\$0	*
<i>glucocard x-meter controlsolution/normal solución</i>	\$0	*
<i>glucocom normal control líquido</i>	\$0	*
<i>glucose control normal solución</i>	\$0	*
<i>glucose gel 40 %</i>	\$0	*
<i>glucose tableta masticable 4 g, 6 mg; 4 g</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glycerin adult supositorio 2.1 g, 2 g</i>	\$0	*
<i>glycerin infants & children suppository 1.2 g, 1 g</i>	\$0	*
<i>gnp caldyphen loción 8 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>gnp limpiador suave para pieles sensibles líquido</i>	\$0	*
<i>gnp probiotic extra strength cápsula</i>	\$0	*
<i>gnp vitamin a/d ointment 15.5 %; 53.4 %</i>	\$0	*
<i>gojji control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>gold bond gel de ducha exfoliante líquido de hidratación profunda definitiva</i>	\$0	*
<i>gold bond gel de ducha de hidratación profunda definitiva para pieles sensibles/ extracto de avena líquido</i>	\$0	*
<i>gold bond gel de ducha líquido de hidratación profunda definitiva suavizante/con manteca de karité</i>	\$0	*
<i>good start supreme líquido de agua estéril</i>	\$0	*
<i>guaifenesin er tableta de liberación prolongada 12 horas 1200 mg, 600 mg</i>	\$0	*
<i>guaifenesin líquido 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>guaifenesin tableta 200 mg, 400 mg</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/codeine solución 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide tableta 20 mg; 400 mg</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide tableta de liberación prolongada 12 horas 60 mg; 1200 mg</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/dextromethorphan jarabe 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/pseudoephedrine hydrochloride tableta de liberación prolongada 12 horas 600 mg; 60 mg</i>	\$0	*
<i>hemorrhoidal pomada 14 %; 74.9 %; 0.25 %</i>	\$0	*
<i>histex jarabe 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocerin crema</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone crema 0.5 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone loción 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone pomada 0.5 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone pomada 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone/aloe crema 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrolatum pomada</i>	\$0	*
<i>ibuprofen cápsula 200 mg</i>	\$0	*
<i>ibuprofen infants suspensión 50 mg/1.25 ml</i>	\$0	*
<i>ibuprofen suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ibuprofen tableta 200 mg</i>	\$0	*
<i>ibuprofen tableta masticable 100 mg</i>	\$0	*
<i>infinity control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>infinity voice level 2 líquido</i>	\$0	*
<i>insta-glucose gel 77.4 %</i>	\$0	*
<i>ionil líquido</i>	\$0	*
<i>iron chews pediatric tableta masticable 15 mg</i>	\$0	*
<i>iron tableta de liberación prolongada 45 mg</i>	\$0	*
<i>isopropyl alcohol toallitas varios 70 %</i>	\$0	*
<i>ivermectin loción 0.5 %</i>	\$0	*
<i>ivizia severe/night dry eyes gel 0.5 %</i>	\$0	*
<i>johnsons kids clean & fresh champú y gel de ducha líquido</i>	\$0	*
<i>johnsons skin nourish lavado hidratante líquido</i>	\$0	*
<i>just tears eye drops solución</i>	\$0	*
<i>kala tableta 30 mg; 20 mg</i>	\$0	*
<i>kaopectate extra strength suspensión 525 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>kaopectate suspensión 262 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>kaopectate tableta 262 mg</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kerodex 71 wet crema</i>	\$0	*
<i>ketone tiras reactivas</i>	\$0	*
<i>ketostix tira</i>	\$0	*
<i>ketotifen fumarate solución 0.035 %</i>	\$0	*
<i>konsyl daily fiber paquete 100 %</i>	\$0	*
<i>kp limpiador para piel sensible líquido</i>	\$0	*
<i>lactobacillus tableta 0.2 mg; 0.2 mg</i>	\$0	*
<i>lactose monohydrate polvo</i>	\$0	*
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada 15 mg</i>	\$0	*
<i>laxative maximum strength tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>levocetirizine dihydrochloride tableta 5 mg</i>	\$0	*
<i>levonorgestrel tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>liberty glucose control normal líquido</i>	\$0	*
<i>lice killing champú 4 %; 0.33 %</i>	\$0	*
<i>lice treatment líquido 1 %</i>	\$0	*
<i>lidocaine crema 5 %</i>	\$0	*
<i>lidocaine hydrochloride crema 4 %</i>	\$0	*
<i>lidocaine parche 4 %</i>	\$0	*
<i>lidocaine topical anesthetic crema 4 %</i>	\$0	*
<i>lohist-dm jarabe 2 mg/5 ml; 10 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>loperamide hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0	*
<i>loperamide hydrochloride solución 1 mg/7.5 ml</i>	\$0	*
<i>loperamide hydrochloride tableta 2 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine childrens tableta masticable 5 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>loratadine tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine tableta que se desintegra 10 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine-d 12 h tableta de liberación prolongada 12 horas 5 mg; 120 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine-d 24hr tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg; 240 mg</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lubricant eye drops solución 0.1 %; 0.3 %, 0.4 %; 0.3 %, 0.6 %</i>	\$0	*
<i>lubricant eye pomada 42.5 %; 57.3 %</i>	\$0	*
<i>lubricating eye drops solución 0.4 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>magnesium citrate solución 1.745 g/30 ml</i>	\$0	*
<i>magnesium oxide tableta 400 mg</i>	\$0	*
<i>magnesium tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>m-clear wc solución 6.33 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>meclizine hydrochloride tableta 12.5 mg</i>	\$0	*
<i>meclizine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>meclizine hydrochloride tableta masticable 25 mg</i>	\$0	*
<i>mederma ag limpiador corporal líquido</i>	\$0	*
<i>mederma ag tónico facial líquido</i>	\$0	*
<i>medi-paste pomada</i>	\$0	*
<i>melatonin tableta 1 mg, 3 mg, 5 mg</i>	\$0	*
<i>miconazole 1 kit</i>	\$0	*
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	\$0	*
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	\$0	*
<i>miconazole 3 crema 4 %</i>	\$0	*
<i>miconazole 7 supositorio 100 mg</i>	\$0	*
<i>miconazole nitrate aerosol polvo 2 %</i>	\$0	*
<i>miconazole nitrate topical crema 2 %, 2 %</i>	\$0	*
<i>miconazole polvo 2 %</i>	\$0	*
<i>milk of magnesia suspensión 400 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>mineral oil heavy oil</i>	\$0	*
<i>mineral oil light oil</i>	\$0	*
<i>aceite mineral</i>	\$0	*
<i>minerin creme crema</i>	\$0	*
<i>crema hidratante</i>	\$0	*
<i>loción hidratante</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mucinex fast-max congestion & headache maximum strength cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain maximum strength cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>mucus dm tableta de liberación prolongada 12 horas 30 mg; 600 mg</i>	\$0	*
<i>multi complete cápsula 60 mg; 2500 unidades; 30 µg; 100 mg; 10 mg; 1000 unidades; 120 µg; 2 mg; 6 µg; 18 mg; 400 µg; 40 mg; 4 mg; 20 mg; 40 µg; 150 µg; 2 mg; 1.7 mg; 20 µg; 45 µg; 1.5 mg; 50 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>multi vitamin/minerals full spectrum tableta 90 mg; 5000 unidades 45 µg; 300 µg; 162 mg; 10 mg; 27 mg; 400 unidades; 25 µg; 2 mg; 9 µg; 27 mg; 400 µg; 100 mg; 5 mg; 25 µg; 20 mg; 125 mg; 25 µg; 30 mg; 150 µg; 3 mg; 2.6 mg; 25 µg; 2.25 mg; 34 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>multiple vitamins/iron tableta masticable 60 mg; 4.5 µg; 400 unidades; 15 mg; 0.3 mg; 13.5 mg; 1.04 mg; 1.2 mg; 1.05 mg; 2500 unidades; 15 unidades</i>	\$0	*
<i>tabletas masticables multivitamínico para niños</i>	\$0	*
<i>tabletas masticables multivitamin plus iron para niños</i>	\$0	*
<i>tabletas multivitamínico</i>	\$0	*
<i>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 µg/ml; 10 µg/ml; 5 mg/ml</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar 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	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multivitamin with fluoride suspensión</i>	\$0	*
<i>35 mg/ml; 400 unidades/ml; 2 µg/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 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>		
<i>tabletas masticables multivitamínico/fluoride</i>	\$0	*
<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	*
<i>multivitamins tableta masticable</i>	\$0	*
<i>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>		
<i>tabletas multivitamínico/iron</i>	\$0	*
<i>naloxone hydrochloride líquido 4 mg/0.1 ml</i>	\$0	*
<i>naproxen sodium cápsula 220 mg</i>	\$0	*
<i>naproxen sodium tableta 220 mg</i>	\$0	*
<i>natrapel líquido 20 %</i>	\$0	*
<i>natural fiber polvo 58.6 %</i>	\$0	*
<i>neutrogena limpiador facial de limpieza profunda líquido</i>	\$0	*
<i>niacin tableta 100 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>niacin timed release tableta de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0	*
<i>niacin tr cápsula de liberación prolongada 250 mg</i>	\$0	*
<i>niacin tr cápsula de liberación prolongada 750 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine pastilla 4 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine polacrilex gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine polacrilex pastilla 2 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine transdermal system kit</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar 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	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nicotine transdermal system parche 24 horas 14 mg/24 h, 21 mg/24 h, 7 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>off active aerosol 15 %</i>	\$0	*
<i>off deep woods dry aerosol 25 %</i>	\$0	*
<i>off deep woods sportsmen aerosol 30 %</i>	\$0	*
<i>off familycare clean feel líquido 5 %</i>	\$0	*
<i>off smooth & dry aerosol 15 %</i>	\$0	*
<i>olive oil</i>	\$0	*
<i>olopatadine hydrochloride solución 0.1 %, 0.2 %</i>	\$0	*
<i>omega 3 cápsula</i>	\$0	*
<i>omega-3 cápsula 120 mg; 180 mg; 1000 mg; 1 unidad</i>	\$0	*
<i>omega-3 fish oil cápsula 100 mg; 160 mg; 1000 mg; 300 mg; 5 unidades</i>	\$0	*
<i>cáps. de aceite de pescado omega-3 que no provoca gases 60 mg; 90 mg; 500 mg</i>	\$0	*
<i>omeprazole dr tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0	*
<i>omeprazole magnesium cápsula de liberación retardada 20.6 mg</i>	\$0	*
<i>omeprazole tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0	*
<i>omeprazole tableta de liberación retardada que se desintegra 20 mg</i>	\$0	*
<i>onetouch ultra control líquido</i>	\$0	*
<i>onetouch verio level 4 solución de control líquido</i>	\$0	*
<i>opill tableta 0.075 mg</i>	\$0	*
<i>options gynol ii vaginal contraceptive gel 3 % suspensión oral líquido</i>	\$0	*
<i>ovega-3 cáps. 270 mg; 135 mg; 500 mg</i>	\$0	*
<i>oxymetazoline hydrochloride solución 0.05 %</i>	\$0	*
<i>oyster shell calcium tableta 1250 mg</i>	\$0	*
<i>paladin pomada</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pataday extra strength solución 0.7 %</i>	\$0	*
<i>pcca sorbitol lollipop base en escamas</i>	\$0	*
<i>pedia-lax líquido 50 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>petrolatum pomada</i>	\$0	*
<i>phenazopyridine hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0	*
<i>phenazopyridine hydrochloride tableta 95 mg</i>	\$0	*
<i>phosphorous tableta 155 mg, 852 mg, 130 mg</i>	\$0	*
<i>phospho-trin k500 tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>phytonadione tableta 5 mg</i>	\$0	*
<i>pink bismuth maximum strength suspensión 525 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>pink bismuth suspensión 262 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>pinworm medicine suspensión 144 mg/ml</i>	\$0	*
<i>pinxav pomada</i>	\$0	*
<i>polyethylene glycol 3350 paquete 17 g</i>	\$0	*
<i>polyethylene glycol 3350 polvo 17 g/scoop</i>	\$0	*
<i>polysaccharide-iron complex cápsula 150 mg</i>	\$0	*
<i>polyvinyl alcohol solución 1.4 %</i>	\$0	*
<i>poly-vi-sol solución 50 mg/ml; 10 µg/ml; 0.5 µg/ml; 0; 4 mg/ml; 0.3 mg/ml; 250 µg/ml; 0.4 mg/ml; 0.3 mg/ml; 5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>pramoxine hcl espuma 1 %</i>	\$0	*
<i>prenatabs fa tabs.</i>	\$0	*
<i>prenatabs rx tabs.</i>	\$0	*
<i>prenatal 19 tableta 100 mg; 1000 unidades; 200 mg; 7 mg; 400 unidades; 12 µg; 25 mg; 29 mg; 1 mg; 15 mg; 20 mg; 3 mg; 3 mg; 30 unidades; 20 mg</i>	\$0	*
<i>prenatal tableta 100 mg; 200 mg; 10 µg; 4 µg; 27 mg; 800 µg; 18 mg; 2.6 mg; 1.7 mg; 1.5 mg; 5 mg; 1200 µg; 25 mg, 120 mg; 4000 unidades; 200 mg; 400 unidades; 8 µg; 28 mg; 800 µg; 20 mg; 2.6 mg; 1.7 mg; 1.8 mg; 30 unidades; 25 mg</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prenatal tableta 120 mg; 200 mg; 10 µg; 2 mg; 12 µg; 27 mg; 1 mg; 20 mg; 10 mg; 1200 µg; 3 mg; 1.84 mg; 10 mg; 25 mg</i>	\$0	*
<i>prestige glucose control líquido</i>	\$0	*
<i>primadophilus kids tableta masticable</i>	\$0	*
<i>probiotic + immune tableta masticable 45 mg; 25 µg; 1.15 mg</i>	\$0	*
<i>probiotic acidophilus tableta masticable</i>	\$0	*
<i>probiotic cápsula 1000 millones; 250 mg, 250 mg</i>	\$0	*
<i>probiotic chocolate bears childrens tableta masticable</i>	\$0	*
<i>probiotic digestive support extra strength cápsula 200 mg; 20 mil millones</i>	\$0	*
<i>probiotic formula cápsula 1,000 millones; 250 mg</i>	\$0	*
<i>probiotic gummies tableta masticable</i>	\$0	*
<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	*
<i>probiotic tableta</i>	\$0	*
<i>probiotic tableta masticable</i>	\$0	*
<i>prodigy control solution low solución</i>	\$0	*
<i>provella tableta</i>	\$0	*
<i>pseudoephedrine hydrochloride er maximum strength tableta de liberación prolongada 12 horas 120 mg</i>	\$0	*
<i>pseudoephedrine hydrochloride tableta 30 mg, 60 mg</i>	\$0	*
<i>psyllium fiber cápsula 0.52 g</i>	\$0	*
<i>purpose líquido limpiador suave</i>	\$0	*
<i>qc calamine medicated loción 8 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>qc pink bismuth tableta 262 mg</i>	\$0	*
<i>qc psyllium fiber polvo 43 %</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra probiotic gummies tableta masticable</i>	\$0	*
<i>ranger ready repellent líquido 20 %</i>	\$0	*
<i>raspberry jarabe</i>	\$0	*
<i>redness reliever eye drops solución 0.05 %</i>	\$0	*
<i>refresh limpiador líquido</i>	\$0	*
<i>refresh digital solución 0.5 %; 1 %; 0.5 %</i>	\$0	*
<i>refresh optive advanced solución 0.5 %; 1 %; 0.5 %</i>	\$0	*
<i>refresh optive gel 1 %; 0.9 %</i>	\$0	*
<i>refresh optive preservative free solución 0.5 %; 0.9 %</i>	\$0	*
<i>refresh relieves pf solución 0.5 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>refresh relieves pf xtra solución 0.5 %; 0.9 %</i>	\$0	*
<i>refresh solución 1.4 %; 0.6 %</i>	\$0	*
<i>refresh tears pf solución 0.5 %; 0.9 %</i>	\$0	*
<i>limpiador facial refrescante líquido</i>	\$0	*
<i>rehyla limpiador para cabello y cuerpo líquido</i>	\$0	*
<i>rehyla limpiador líquido</i>	\$0	*
<i>repel family aerosol 15 %</i>	\$0	*
<i>repel sportsmen dry aerosol 25 %</i>	\$0	*
<i>repel sportsmen max aerosol 40 %</i>	\$0	*
<i>rightest gc300 normal control líquido</i>	\$0	*
<i>risa-bid probiotic tableta</i>	\$0	*
<i>saccharomyces boulardii cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>saccharomycin df cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>saline gel nasal</i>	\$0	*
<i>saline aerosol nasal infants/childrens solución 0.65 %</i>	\$0	*
<i>sawyer insect repellent aerosol 30 %</i>	\$0	*
<i>sawyer premium insect repellent líquido 20 %</i>	\$0	*
<i>seni care crema para el cuerpo</i>	\$0	*
<i>senna smooth tableta 15 mg</i>	\$0	*
<i>senna jarabe 176 mg/5 ml, 8.8 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>senna tableta 8.6 mg</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sennosides/docusate sodium tableta 50 mg; 8.6 mg</i>	\$0	*
<i>sensi-care crema hidratante</i>	\$0	*
<i>sensi-care septi-soft líquido concentrado</i>	\$0	*
<i>sesame oil</i>	\$0	*
<i>simethicone cápsula 125 mg, 180 mg</i>	\$0	*
<i>simethicone suspensión 40 mg/0.6 ml</i>	\$0	*
<i>simethicone tableta masticable 125 mg, 80 mg</i>	\$0	*
<i>simple syrup jarabe 85 %</i>	\$0	*
<i>sleep aid tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>sleep-aid cápsula 50 mg</i>	\$0	*
<i>sm foaming antacid tableta masticable 80 mg; 20 mg</i>	\$0	*
<i>sm probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>sm slow release iron tableta de liberación prolongada 143 mg</i>	\$0	*
<i>smarty pants kids probiotic complete tableta masticable</i>	\$0	*
<i>sodium bicarbonate polvo</i>	\$0	*
<i>sodium bicarbonate tableta 325 mg, 650 mg</i>	\$0	*
<i>sodium chloride pomada 5 %</i>	\$0	*
<i>sodium chloride solución 5 %</i>	\$0	*
<i>sodium fluoride solución 0.5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>solus v2 control low solución</i>	\$0	*
<i>soothe hydration solución 1.25 %</i>	\$0	*
<i>soothe xp solución 4.5 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>soothe xp/xtra protection solución 4.5 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>sorbidon hydrate crema</i>	\$0	*
<i>sorbitol polvo</i>	\$0	*
<i>sorbitol solución 70 %</i>	\$0	*
<i>stablegi cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	\$0	*
<i>stevia extracto en polvo</i>	\$0	*
<i>stevia extracto en polvo 90 %</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>stevia paquete 100 mg</i>	\$0	*
<i>steviol polvo de glucósidos 95 %</i>	\$0	*
<i>stevioside extracto fluido 15 %</i>	\$0	*
<i>stye solución 0.5 %; 0.6 %</i>	\$0	*
<i>suspension vehicle suspensión</i>	\$0	*
<i>sv cáps. de aceite de pescado 200 mg; 300 mg; 500 mg; 2.5 unidades</i>	\$0	*
<i>sween crema hidratante para el cuerpo</i>	\$0	*
<i>syrspend sf suspensión reconstituida</i>	\$0	*
<i>syrup vehicle sf jarabe</i>	\$0	*
<i>syrup vehicle jarabe</i>	\$0	*
<i>systane complete solución 0.6 %</i>	\$0	*
<i>systane contacts gotas calmantes</i>	\$0	*
<i>systane gel 0.4 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>tai doc control solución</i>	\$0	*
<i>tena gel de ducha líquido para el cuidado de la piel</i>	\$0	*
<i>tena crema limpiadora líquida para el cuidado de la piel</i>	\$0	*
<i>terbinafine hydrochloride crema 1 %</i>	\$0	*
<i>thera-gesic plus crema 4 %; 25 %</i>	\$0	*
<i>today sponge varios 1000 mg</i>	\$0	*
<i>tolnaftate crema 1 %</i>	\$0	*
<i>tolnaftate polvo 1 %</i>	\$0	*
<i>triamcinolone acetonide aerosol 55 µg/ pulverización</i>	\$0	*
<i>triaminic fever reducer pain reliever infants jarabe 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>tri-buffered aspirin tableta 325 mg; 158 mg; 34 mg; 63 mg</i>	\$0	*
<i>triple antibiotic plus pain reliever maximum strength pomada 500 unidades/g; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g; 10 mg/g</i>	\$0	*
<i>triple probiotic tableta</i>	\$0	*
<i>triprolidine hci líquido 0.625 mg/ml</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triprolidine hydrochloride líquido 0.938 mg/ml</i>	\$0	*
<i>tri-vi-sol a/c/d solución 50 mg/ml; 10 µg/ml; 250 µg/ml</i>	\$0	*
<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	*
<i>trubiotics digestive + immune health tableta masticable</i>	\$0	*
<i>trubiotics kids tableta masticable</i>	\$0	*
<i>true oyster shell calcium tableta 1250 mg</i>	\$0	*
<i>truetrack glucose controllow líquido</i>	\$0	*
<i>trustex lubricated/spermicide varios</i>	\$0	*
<i>trustex non-lubricated varios</i>	\$0	*
<i>tusnel c syrup 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml; 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>tussin cough long-acting líquido 15 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>tussin cough jarabe 15 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ultra-mega tableta de liberación prolongada 250 mg; 10000 unidades; 25 µg; 25 µg; 75 µg; 50 mg; 75 mg; 75 µg; 75 µg; 0.25 mg; 400 unidades; 10 mg; 400 µg; 25 µg; 5 µg; 75 µg; 150 µg; 7.2 mg; 6.1 mg; 75 mg; 75 µg; 10 mg; 75 mg; 75 mg; 25 µg; 10 µg; 75 mg; 150 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>ultrathon insect repellent 8 aerosol 25 %</i>	\$0	*
<i>unistrip control solutionlow solución</i>	\$0	*
<i>up4 probiotics kids cubes tableta masticable</i>	\$0	*
<i>up4 probiotics tableta masticable 15 mg; 1 g</i>	\$0	*
<i>urea crema 20 %</i>	\$0	*
<i>urinary pain relief tableta 99.5 mg</i>	\$0	*
<i>uristat ultra/cranberry tableta 99.5 mg</i>	\$0	*
<i>vagisil crema 1 %</i>	\$0	*
<i>vanicream líquido</i>	\$0	*
<i>vaseline constant care crema</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vcf vaginal contraceptive film película 28 %</i>	\$0	*
<i>vcf vaginal contraceptivegel gel 4 %</i>	\$0	*
<i>vicks dayquil cold & flu cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin a/c/d infant/toddler solución 50 mg/ml; 250 µg/ml; 10 µg/ml</i>	\$0	*
<i>vitamin b-12 tableta 1000 µg</i>	\$0	*
<i>vitamin b-6 tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin c tableta 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin c tableta masticable 500 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin d cápsula 50000 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 cápsula 25 µg, 50000 unidades, 5000 unidades, 50 µg</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 gummies tableta masticable 1000 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 líquido 400 unidades/ml</i>	\$0	*
<i>vitamin d-3 tableta 1000 unidades, 2000 unidades, 400 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 tableta 5000 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 tableta masticable 400 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 tableta que se desintegra 5000 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamins a/c/d/fluoride solución 35 mg/ml; 0.25 mg/ml; 450 µg/ml; 10 µg/ml, 35 mg/ml; 0.5 mg/ml; 450 µg/ml; 10 µg/ml</i>	\$0	*
<i>wart remover maximum strength líquido 17 %</i>	\$0	*
<i>xanthum gum polvo</i>	\$0	*
<i>yumvs probiotics zero tableta masticable</i>	\$0	*
<i>yumvskids probiotic zero tableta masticable</i>	\$0	*
<i>yum-yum dophilus probiotic tableta masticable</i>	\$0	*
<i>yum-yum dophilus tableta masticable</i>	\$0	*
<i>zinc oxide pomada 20 %, 40 %</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.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>acuwash</i>	164
<i>4x probiotic</i>	163	<i>acyclovir</i>	30
A		<i>acyclovir sodium</i>	30
<i>abacavir</i>	25	ADACEL	131
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	28	ADALIMUMAB.....	126
<i>abigale</i>	107	<i>adapalene</i>	164
<i>abigale lo</i>	107	<i>adefovir dipivoxil</i>	30
ABILIFY	74	ADEMPAS	65
ABILIFY MAINTENA.....	74	<i>advance intuition control solution</i>	164
<i>abiraterone acetate</i>	38	<i>advocate control solutionlow</i>	164
<i>abirtega</i>	38	<i>advocate redi-code+ control solution low</i>	164
ABRYSVO.....	131	<i>aenapine</i>	74
<i>acamprosate calcium dr</i>	92	<i>afirmelle</i>	100
<i>acarbose</i>	96	<i>agamatrix control normal</i>	164
<i>accutane</i>	154	<i>agua estéril para irrigación</i>	186
<i>acebutolol hydrochloride</i>	59	<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	161
<i>aceite de pescado</i>	174	AIMOVIG.....	89
<i>aceite de pescado omega-3 que no provoca gases</i>	182	AIRSUPRA.....	153
<i>aceite de pescado que no provoca gases</i>	174	AKEEGA	38
<i>aceite mineral</i>	179	<i>ala-cort</i>	157
<i>acetaminophen</i>	163	ALAHIST D.....	164
<i>acetaminophen/aspirin/caffeine</i>	163	<i>albendazole</i>	19
<i>acetaminophen/codeine</i>	18	ALBUSTIX STRIP	164
<i>acetaminophen er 8 horas arthritis pain relief</i>	163	<i>albuterol sulfate</i>	150
<i>acetaminophen extra strength</i>	163	<i>albuterol sulfate hfa</i>	150
<i>acetazolamide</i>	62	<i>alclometasone dipropionate</i>	157
<i>acetazolamide er</i>	62	ALCOHOL PREPS APÓSITO	164
<i>acetic acid</i>	147	ALECENSA.....	41
<i>acetic acid 0.25 %</i>	121	<i>alendronate sodium</i>	99
<i>acetylcysteine</i>	110, 151	<i>alfuzosin hcl er</i>	121
<i>acid gone</i>	163	<i>align</i>	164
<i>acidophilus</i>	163	<i>align dualbiotic</i>	164
<i>acidophilus/bacillus coagulans extra strength</i>	163	<i>align jr for kids</i>	164
<i>acidophilus/citrus pectin</i>	163	<i>align kids probiotic</i>	164
<i>acidophilus lactobacilli</i>	163	<i>aliskiren</i>	63
<i>acidophilus/pectin</i>	164	<i>allopurinol</i>	15
<i>acidophilus probiotic blend</i>	163	<i>aloe vesta gel de ducha/champú</i>	164
<i>acidophilus with bifidus</i>	163	<i>alosetron</i>	118
<i>acitretin</i>	156	<i>alprazolam</i>	66
ACTHIB.....	131	ALPRAZOLAM INTENSOL.....	66
ACTIMMUNE	129	<i>altavera</i>	100
		<i>aluminum/magnesium/simethicone</i>	164

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ALUNBRIG	41	ARCALYST	129
ALVAIZ	125	AREXVY	131
ALVESCO	153	ARIKAYCE	19
<i>alyacen 1/35</i>	100	<i>aripiprazole</i>	74
<i>alyacen 7/7/7</i>	101	ARISTADA	74
<i>amantadine hcl</i>	72	<i>armodafinil</i>	92
<i>ambrisentan</i>	65	ARNUITY ELLIPTA	153
<i>americerin</i>	164	<i>artificial tears</i>	165
<i>amethyst</i>	101	<i>ashlyna</i>	101
<i>amikacini sulfate</i>	19	ASPARLAS	41
<i>amiloride hcl</i>	62	<i>aspirin</i>	165
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	62	<i>aspirin/dipyridamole er</i>	126
<i>aminophylline</i>	151	<i>aspirin regular strength</i>	165
<i>amiodarone hydrochloride</i>	56	ASPIRIN SUPOSITORIO	165
<i>amitriptyline</i>	68	<i>assure dose normal control solución</i>	165
<i>amitriptyline hcl</i>	68	<i>atazanavir</i>	25
<i>amlodipine besylate</i>	60	<i>atazanavir sulfate</i>	25
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	63	<i>atenolol</i>	59
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	52	<i>atenolol/chlorthalidone</i>	58
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	54	<i>atomoxetine</i>	87
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	54	<i>atorvastatin calcium</i>	57
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>atovaquone</i>	19
<i>ammonium lactate</i>	160, 164	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	25
<i>amnesteem</i>	154	<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	25
<i>amoxapine</i>	68	<i>atropine sulfate</i>	147
<i>amoxicillin</i>	35	ATROVENT HFA	149
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	35	<i>aubra eq</i>	101
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	87	AUGTYRO	42
<i>amphotericin b</i>	24	<i>aurovela 1.5/30</i>	101
<i>amphotericin b liposome</i>	23	<i>aurovela 1/20</i>	101
<i>ampicillin</i>	36	<i>aurovela 24 fe</i>	101
<i>ampicillin sodium</i>	35	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	101
<i>ampicillin-sulbactam</i>	35	<i>aurovela fe 1/20</i>	101
<i>ampicillin/sulbactam</i>	35	AUSTEDO	90
<i>anagrelide hydrochloride</i>	125	AUSTEDO XR	90
<i>anastrozole</i>	38	AUVELITY	68
ANORO ELLIPTA	148	AUVELITY PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	68
<i>antacid & anti-gas maximum strength</i>	164	<i>aveeno baby calming comfort para baño</i>	165
<i>antacid extra strength</i>	164	<i>aveeno baby cleansing therapy limpiador</i> <i>humectante</i>	165
<i>antibiotic + pain relief maximum strength</i>	165	<i>aveeno baby soothing multi-purpose</i>	165
<i>aprepitant</i>	115	<i>aveeno calm & restore limpiador</i>	165
<i>apri</i>	101	<i>aveeno daily moisturizing limpiador facial</i>	165
APTIVUS	25	<i>aviane</i>	101
<i>aqua glycolic champú y limpieza corporal</i>	165	AVMAPKI FAKZYNJA	42
<i>aqua glycolic limpiador facial</i>	165	AYR NASAL DROPS	165
<i>aqua glycolic tónico</i>	165	<i>ayuna</i>	101
<i>aranelle</i>	101		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
AYVAKIT	42	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	157
<i>azathioprine</i>	129	<i>betamethasone valerate</i>	158
AZATHIOPRINE	129	BETASERON	91
<i>azelaic acid</i>	160	<i>betaxolol hcl</i>	59, 146
<i>azelastine hcl</i>	146	<i>bethanechol chloride</i>	121
<i>azelastine hydrochloride</i>	149	BEVESPI	148
AZILSARTAN	55	<i>bexarotene</i>	41, 160
<i>azithromycin</i>	34	BEXSERO	131
<i>aztreonam</i>	20	<i>bicalutamide</i>	38
<i>azurette</i>	101	BICILLIN L-A	36
B		BIKTARVY	28
<i>b-12 quick dissolve</i>	165	BILDYOS	99
<i>bacid</i>	165	BILPREVDA	99
<i>bacitracin</i>	144, 165	BIMZELX	126
<i>bacitracin/neomycin/polymyxin</i>	165	<i>biohm childrens probiotic supplement</i>	166
<i>bacitracin/polymyxin</i>	165	<i>bion tears</i>	166
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	144	<i>bisacodyl</i>	166
<i>bacitracin zinc</i>	165	<i>bisacodyl supositorio</i>	166
<i>baclofen</i>	92	<i>bismuth subcitrate pot/metronidazole/tetracycline</i> <i>hydrochlo</i>	118
BAFIERTAM	91	<i>bismuth subsalicylate</i>	166
<i>balmex multi-purpose</i>	165	<i>bisoprolol</i>	59
<i>balsalazide disodium</i>	117	<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	59
BALVERSA	42	<i>blisovi 24 fe</i>	101
<i>balziva</i>	101	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	101
BARACLUDE	30	<i>blisovi fe 1/20</i>	101
BCG	131	BLUJEPa	20
BD INSULIN JERINGA	94	BOOSTRIX	131
BD PEN	94	<i>bosentan</i>	65
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29 G X 1/2	94	BOSULIF	42
BD TOALLITAS DE ALCOHOL	94	<i>bosutinib</i>	42
BD VEO INSULIN JERINGA	94	<i>boudreauxs butt bath gel de ducha y champú</i>	166
<i>benazepril hydrochloride</i>	53	BRAFTOVI	42
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	53	BREO ELLIPTA	153
BENLYSTA	129	BREZTRI	148
<i>benzoyl peroxide</i>	166	<i>briellyn</i>	101
<i>benzoyl peroxide wash</i>	166	<i>brimonidine tartrate</i>	146
<i>benztropine mesylate</i>	72	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	146
BENZYL ALCOHOL	166	<i>brinzolamide</i>	146
BENZYL BENZOATE	166	<i>brivaracetam</i>	80
BERINERT	125	<i>bromfenac</i>	145
BESIFLOXACIN HYDROCHLORIDE	144	<i>bromfenac sodium</i>	145
BESIVANCE	144	<i>bromocriptine mesylate</i>	72, 73
BESREMI	41	BRUKINSA	42
<i>betaine anhydrous polvo</i>	110	<i>budesonide</i>	153
<i>betamethasone dipropionate</i>	157, 158	<i>budesonide aerosol nasal</i>	166
		<i>budesonide dr</i>	117

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>budesonide er</i>	117	<i>capsaicin</i>	167
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	153	<i>capsaicin pain relief</i>	167
<i>bumetanide</i>	62	<i>captopril</i>	53
<i>buprenorphine</i>	17	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	53
<i>buprenorphine hcl</i>	92	<i>carbamazepine</i>	81
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	92	<i>carbamazepine er</i>	80
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	92, 93	<i>carbamoxide ear drops</i>	167
<i>bupropion</i>	68	<i>carbidopa</i>	73
BUPROPION	68	<i>carbidopa/levodopa</i>	73
<i>bupropion hydrochloride er</i>	68, 93	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	73
<i>buspirone hcl</i>	66	<i>carbidopa/levodopa er</i>	73
<i>buspirone hydrochloride</i>	66	<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables</i>	73
<i>butenafine hydrochloride</i>	166	CARBINOXAMINE	149
<i>butorphanol tartrate</i>	18	<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	167
BYSANTI	75	<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel</i>	167
C		<i>carboxymethylcellulose sodium solución oftálmica</i>	167
<i>cabergoline</i>	110	<i>carglumic acid</i>	110
CABOMETYX	42	<i>carteolol hcl</i>	146
<i>calamine</i>	166	<i>cartia xt</i>	60
<i>calamine plus</i>	166	<i>carvedilol</i>	59
<i>calcipotriene</i>	156, 157	<i>carvedilol phosphate er</i>	59
<i>calcitonin-salmon</i>	99	<i>caspofungin acetate</i>	24
<i>calcitrene</i>	157	CASTOR OIL	167
<i>calcitriol</i>	114	<i>castor oil stimulant laxative</i>	167
CALCITRIOL	157	CAVHANZA	43
<i>calcium</i>	167	CAYSTON	20
CALCIUM + D3	166	<i>cefaclor</i>	32
<i>calcium 500 + d</i>	166	CEFACLOR ER	32
CALCIUM 500 + D3 HIGH POTENCY	166	<i>cefadroxil</i>	32
<i>calcium 600 + d</i>	166	<i>cefazolin</i>	32
<i>calcium acetate</i>	113	CEFAZOLIN	32
<i>calcium antacid extra strength</i>	166	CEFAZOLIN/DEXTROSE	32
<i>calcium antacid ultra</i>	166	<i>cefazolin sodium</i>	32
<i>calcium carbonate</i>	166	CEFAZOLIN SODIUM	32
CALCIUM CARBONATE	166	<i>cefdinir</i>	32
<i>calcium citrate</i>	166	<i>cefepime</i>	32
<i>calcium oyster shell</i>	167	<i>cefixime</i>	32, 33
<i>calcium polycarbophil</i>	167	<i>cefotetan</i>	33
<i>calcium/vitamin d</i>	167	<i>cefoxitin</i>	33
CALQUENCE	42	<i>cefpodoxime proxetil</i>	33
<i>camila</i>	101	<i>cefprozil</i>	33
<i>candesartan cilexetil</i>	55	<i>ceftaroline</i>	33
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>ceftazidime</i>	33
CAPLYTA	75	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	33
CAPRELSA	43	<i>ceftriaxone sodium</i>	33
		CEFTRIAZONE 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>cilostazol</i>	125
<i>celecoxib</i>	15	CILOXAN.....	144
<i>cephalexin</i>	33, 34	CIMDUO	28
<i>cerave baby pomada curativa</i>	167	<i>cimetidine</i>	117, 168
<i>cerave limpiador facial espumoso</i>	167	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	69, 110, 111
<i>cerave limpiador facial hidratante</i>	167	<i>ciprofloxacin</i>	34, 147
<i>cerave limpiador hidratante en crema a espuma</i>	167	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	148
<i>cerave sa gel de ducha</i>	167	<i>ciprofloxacin hcl</i>	34
CERDELGA	110	<i>ciprofloxacin hydrochloride oftálmica</i>	144
<i>cetaphil</i>	167	<i>ciprofloxacin hydrochloride ótica</i>	148
<i>cetaphil dermacontrol lavado con espuma</i>	167	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	34
<i>cetaphil limpiador facial de uso diario</i>	167	<i>citalopram hydrobromide</i>	69
<i>cetaphil limpiador para piel sensible</i>	167	<i>claravis</i>	154
<i>cetaphil limpiador suave</i>	167	<i>clarithromycin</i>	34
<i>cetaphil restoraderm</i>	167	<i>clarithromycin er</i>	34
<i>cetirizine hcl</i>	167	<i>clean & clear essentials espuma limpiadora facial</i>	168
<i>cetirizine hydrochloride</i>	149, 167	<i>clean & clear limpiador facial espumoso para piel sensible</i>	168
<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride</i>	167	<i>clean & clear morning burst limpiador facial</i>	168
<i>cevimeline hydrochloride</i>	161	<i>clean & clear morning burst limpiador facial hidratante</i>	168
<i>champú anticaspa</i>	165	<i>clean & clear night relaxing limpiador facial de limpieza profunda</i>	168
<i>charlotte 24 fe</i>	101	<i>clear eyes natural tears lubricant</i>	168
<i>chateal eq</i>	101	<i>clemastine fumarate</i>	149
CHEMET	100	CLENPIQ.....	118
CHEMSTRIP 2 LN TIRAS	168	<i>clever choice glucose control low</i>	168
CHEMSTRIP 9 TIRAS.....	168	<i>clindacin</i>	154
CHEMSTRIP UGK.....	168	<i>clindamycin</i>	155
CHERRY SYRUP	168	<i>clindamycin hcl</i>	20
<i>chewable vitamin c</i>	168	<i>clindamycin hydrochloride</i>	20
CHLOPHEDIANOL/DEXCHLOPHENIRAMINE./PSEUDOEPHEDRINE	168	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	20
<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	20	<i>clindamycin phosphate</i>	20, 122, 155
<i>chloraseptic</i>	168	<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	20
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	66	<i>clindamycin phosphate (dos veces al día)</i>	155
<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	66	<i>clindamycin phosphate (una vez al día)</i>	155
<i>chlorhexidine gluconate</i>	161	CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE	20
<i>chloroquine phosphate</i>	25	CLINIMIX 6/5	141
<i>chlorpheniramine maleate</i>	168	CLINIMIX 8/10	141
<i>chlorpromazine hcl</i>	75	CLINIMIX 8/14	141
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	75	CLINOLIPID	141
<i>chlorthalidone</i>	62	<i>clinpro 5000 pasta</i>	162
<i>chocolated laxative</i>	168	<i>cln gel de ducha suave que no reseca la piel</i>	168
<i>cholestyramine</i>	57	<i>cln lavado deportivo</i>	169
<i>cholestyramine light</i>	57	<i>cln lavado deportivo de alto rendimiento</i>	169
<i>ciclopirox</i>	156	<i>cln limpiador facial que equilibra la hidratación</i>	168
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	156	<i>cln limpiador profundo para manos y pies</i>	168
<i>ciclopirox olamine</i>	156		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>clobazam</i>	81	<i>cottonseed oil</i>	169
<i>clobetasol propionate</i>	158	<i>crema hidratante</i>	179
<i>clobetasol propionate e</i>	158	CREON	119
<i>clodan</i>	158	CRESEMBA	24
<i>clomipramine hydrochloride</i>	69	<i>cromolyn sodium</i>	119, 146, 151, 169
<i>clonazepam</i>	81	<i>cryselle</i>	101
<i>clonazepam tabs. bucodispersables</i>	81	<i>cryselle-28</i>	101
<i>clonidine</i>	63	<i>culturelle adult ultimatebalance</i>	169
<i>clonidine hydrochloride</i>	63	<i>culturelle digestive daily probiotic pro strength</i>	169
<i>clopidogrel</i>	126	<i>culturelle digestive health</i>	169
<i>clorazepate dipotassium</i>	81	<i>culturelle health & wellness</i>	169
<i>clorzoxazone</i>	92	<i>culturelle immune defense</i>	170
<i>clotrimazole</i>	156, 169	<i>culturelle kids immune defense</i>	170
<i>clotrimazole 3</i>	169	<i>culturelle kids immune defense probiotic</i>	170
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	156	<i>culturelle kids probiotic+ veggie fiber</i>	170
<i>clotrimazole past. para chup.</i>	162	<i>culturelle probiotic & prebiotic</i>	170
<i>clotrimazole vaginal</i>	169	<i>culturelle probiotics kids</i>	170
<i>clozapine</i>	75, 76	<i>culturelle ultimate strength probiotic</i>	170
<i>clozapine tabs. bucodispersables</i>	75	<i>cutter aerosol</i>	170
COARTEM	25	<i>cutter all family</i>	170
COBENFY	76	<i>cutter backwoods dry</i>	170
COBENFY PAQ. INICIAL	76	<i>cutter skinsations</i>	170
CODEINE SULFATE	18	<i>cutter sport</i>	170
<i>colchicine</i>	15	<i>cvs advanced probiotic gomitas</i>	170
<i>cold & cough childrens</i>	169	<i>cvs calcium carbonate</i>	170
<i>cold/flu daytime relief</i>	169	<i>cvs cáps. de aceite de pescado</i>	170
<i>coleman 100 max insect repellent/continuous spray</i> ..	169	<i>cvs chewable probiotic childrens</i>	170
<i>coleman insect repellent/high & dry</i>	169	<i>cvs digestive probiotic</i>	170
<i>coleman insect repellent/sportsmen</i>	169	<i>cvs insect repellent</i>	170
<i>colesevelam hydrochloride</i>	57, 58	<i>cvs limpiador facial diario</i>	170
<i>colestipol hydrochloride</i>	58	<i>cvs mitad de tamaño de aceite de pescado</i>	170
<i>colistimethate sodium</i>	20	<i>cvs natural tears pf</i>	170
COMBIVENT RESPIMAT	148	<i>cvs petroleum gel w/ vitamin e</i>	170
COMETRIQ KIT	43	<i>cvs probiotic</i>	170
<i>compro</i>	115	<i>cvs probiotic childrens</i>	170
CONDOMS	169	<i>cvs sleep-aid nighttime</i>	171
<i>conjugated estrogens</i>	107	<i>cvs total home insect repellent</i>	171
<i>consulose</i>	118	<i>cyanocobalamin</i>	171
<i>contour low control</i>	169	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	92
<i>contour next control level 1 solución</i>	169	CYCLOPHOSPHAMIDE	37
<i>contour next control level 2 solución</i>	169	<i>cyclophosphamide cápsula</i>	37
<i>contour normal control</i>	169	<i>cycloserine</i>	29
<i>control solution normal</i>	169	<i>cyclosporine</i>	130, 147
COPIKTRA	43	<i>cyclosporine modified</i>	130
CORLANOR	63	<i>cyproheptadine hcl</i>	149
<i>corn and callus remover</i>	169	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	149
COTELLIC	43	<i>cyred eq</i>	101

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CYSTAGON	111	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	88
CYSTARAN	147	<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	88
D		<i>dextroamphetamine</i>	88
<i>dabigatran</i>	123	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	88
<i>daily chewable probiotic-14</i>	171	<i>dextromethorphan/guaifenesin</i>	171
<i>daily probiotic supplement</i>	171	<i>dextromethorphan hbr</i>	171
<i>dalfampridine er</i>	91	<i>dextromethorphan hydrobromide/guaifenesin</i>	171
<i>danazol</i>	93	<i>dextromethorphan hydrobromide/quinidine sulfate</i>	90
<i>dantrolene sodium</i>	92	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	171
DANZITEN	43	DEXTROSE	142
<i>dapagliflozin</i>	96	DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	133
<i>dapagliflozin/metformin hydrochloride er</i>	96	<i>dextrose 5 %</i>	142
<i>dapsone</i>	20	DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE n.º 48	133
DAPTACEL	131	DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS	133
<i>daptomycin</i>	20	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %	133
<i>darunavir</i>	25	<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 %</i>	133
<i>dasatinib</i>	43	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 %	133
<i>dasetta 1/35</i>	101	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.33 %	133
<i>dasetta 7/7/7</i>	101	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	133
DAURISMO	43	<i>dextrose 10 %</i>	142
<i>daysee</i>	101	DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %	133
<i>day-time pe cold/flu relief</i>	171	DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	133
DAYVIGO	88	<i>dextrose 50 %</i>	142
<i>deblitane</i>	101	<i>dextrose 70 %</i>	142
<i>deferasirox</i>	100	<i>dextrose/sodium chloride</i>	134
DELSTRIGO	28	<i>dhs tar champú</i>	171
<i>delyla</i>	101	DIACOMIT	81
DENGAXIA	131	<i>dialyvite chewable probiotic</i>	171
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE	162	DIASTIX TIRA	171
<i>dentagel</i>	162	<i>diatrupe glucose control solution level 1 solución</i>	171
DEPO-SUBQ PROVERA	102	<i>diatrupe glucose control solution level 2 solución</i>	171
DESCOVY	28	<i>diazepam</i>	81, 82
<i>desipramine hydrochloride</i>	69	<i>diazepam intensol</i>	81
<i>desitin multi-purpose healing</i>	171	<i>diazoxide</i>	110
<i>desloratadine</i>	149	<i>diclofenac</i>	160
<i>desloratadine bucodispersable</i>	149	<i>diclofenac potassium</i>	15
<i>desmopressin acetate</i>	111	<i>diclofenac sodium</i>	145, 171
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	102	<i>diclofenac sodium dr</i>	15
<i>desonide</i>	158	<i>diclofenac sodium er</i>	16
<i>desoximetasone</i>	158	<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	16
<i>dessmopressin acetate</i>	111	<i>dicloxacillin sodium</i>	36
<i>desvenlafaxine er</i>	69	<i>dicyclomine hcl</i>	116
<i>dexamethasone</i>	109	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	116
DEXAMETHASONE INTENSOL	109	<i>diflunisal</i>	16
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	109, 145	<i>difluprednate</i>	145
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	87	<i>digestive advantage dailydigestive & immune support</i>	171

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>digestive advantage kids daily digestive & immune support</i>	171	<i>doxepin hcl</i>	69
<i>digestive advantage kids daily probiotic+gen prebiotic fiber</i>	171	<i>doxepin hydrochloride</i>	69, 89, 160
<i>digestive advantage kids daily probiotic gomitas</i>	171	<i>doxercalciferol</i>	115
<i>digestive advantage multi-strain probiotic ultra</i>	171	<i>doxy 100</i>	36
<i>digestive advantage prebiotic+probiotic</i>	171	<i>doxycycline</i>	37
<i>digestive advantage probiotic gomitas</i>	172	<i>doxycycline hyclate</i>	36
<i>digestive probiotic</i>	172	<i>doxycycline monohydrate</i>	36, 37
<i>digox</i>	64	<i>doxycycline monohydrate cápsula 100 mg</i>	37
<i>digoxin</i>	63, 64	DRIZALMA	69
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	89	<i>dronabinol</i>	115
DILANTIN	82	<i>drosiprenone</i>	102
<i>diltiazem</i>	60	<i>drosiprenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i>	102
<i>diltiazem hcl</i>	60	DROXIA	125
DILTIAZEM HCL	60	<i>droxidopa</i>	64
<i>diltiazem hcl er</i>	60	<i>dry eye relief drops</i>	172
<i>diltiazem hydrochloride</i>	61	DUAVEE	108
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	61	DULERA	153
<i>dilt-xr</i>	60	DULOXETINE	69
<i>dimenhydrinate</i>	172	<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	69
DIMENHYDRINATE	115	DUPIXENT	126
<i>diphenhydramine hcl</i>	172	DUREX REALFEEL NON-LATEX DISPOSITIVO	172
<i>diphenhydramine hcl/zinc acetate</i>	172	<i>dutasteride</i>	121
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	149, 172	<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	121
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	119	<i>d-vi-sol</i>	172
<i>disopyramide phosphate</i>	56	<i>dynashield</i>	172
<i>disulfiram</i>	93	E	
<i>divalproex sodium dr</i>	82	<i>easy check glucose control solution normal</i>	172
<i>divalproex sodium er</i>	82	<i>easymax control solution normal</i>	172
<i>docosanol</i>	172	<i>easy plus ii control solution low</i>	172
<i>docusate calcium</i>	172	<i>easy step control solution low</i>	172
<i>docusate sodium</i>	172	<i>easy talk control solution low</i>	172
DOCUSATE SODIUM	172	<i>easy talk control solution normal</i>	172
<i>dofetilide</i>	56	<i>easy talk plus ii control low</i>	172
<i>dolishale</i>	102	<i>easy trak glucose controlsolution low</i>	172
<i>donepezil hcl</i>	67	<i>easy trak glucose controlsolution normal</i>	172
<i>donepezil hydrochloride</i>	67	<i>easy trak ii control solución/normal</i>	172
DOPTELET	125	EBGLYSS	126
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	146	<i>econazole nitrate</i>	156
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	146	EDARBI	55
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	146	EDARBYCLOR	54
<i>dotti patch 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>	107	<i>ed chlorped jr</i>	173
DOVATO	28	EDURANT PED	25
<i>doxazosin mesylate</i>	54	<i>efavirenz</i>	26
		<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	28
		<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	28
		<i>effe-r-k</i>	135

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>effervescent pain relief</i>	173	<i>eql astringente para la piel</i>	173
<i>element low control</i>	173	<i>eql gel de ducha de alta potencia</i>	173
<i>element normal control</i>	173	<i>eql gel de ducha/manteca de karité</i>	173
ELIGARD.....	38	<i>eql gel de ducha/para piel sensible</i>	173
<i>elinest</i>	102	<i>eql jabón de manos transparente para rellenar</i>	173
ELIQUIS.....	123	<i>eql jabón para manos</i>	173
ELIQUIS PAQ. INICIAL.....	123	<i>eql jabón para manos para rellenar</i>	173
<i>eluyring</i>	102	<i>eql limpiador suave para la piel</i>	173
<i>embrace control solution low</i>	173	<i>ergocalciferol</i>	173
<i>embrace evo glucose control solution level 1</i>	173	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	89
<i>embrace talk glucose control solution low</i>	173	ERIVEDGE.....	43
EMGALITY.....	89	ERLEADA.....	38
EMSAM.....	69	<i>erlotinib hydrochloride</i>	43, 44
<i>emtricitabine</i>	26	<i>errin</i>	102
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	28	ERTACZO.....	156
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	28	<i>ertapenem sodium</i>	20
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta</i> <i>100 mg; 150 mg, 133 mg; 200 mg, 200 mg; 300 mg</i>	28	<i>ery</i>	155
EMTRIVA.....	26	<i>eryhtromycin dr</i>	34
EMVERM.....	20	<i>erythromycin</i>	144, 155
<i>emzahh</i>	102	<i>erythromycin base</i>	34
<i>enalapril maleate</i>	53	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	155
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	53	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	34
ENBREL.....	126	<i>erythromycin lactobionate</i>	34
ENBREL MINI.....	126	ERZOFRI.....	76
ENBREL SURECLICK.....	126	<i>escitalopram oxalate</i>	69, 70
ENCARE.....	173	ESCITALOPRAM OXALATE.....	69
<i>endocet</i>	18	<i>eslicarbazepine acetate</i>	82
<i>enema disposable</i>	173	<i>esomeprazole magnesium</i>	120, 173
ENGERIX-B.....	131	<i>esomeprazole magnesium dr</i>	173
<i>enilloring</i>	102	<i>esomeprazole sodium</i>	120
<i>enoxaparin sodium</i>	123	<i>estarylla</i>	102
ENSACOVE.....	43	<i>estradiol</i>	108
<i>enskyce</i>	102	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	108
<i>entacapone</i>	73	<i>estradiol valerate</i>	108
<i>entecavir</i>	30	ESTRING.....	108
ENTRESTO.....	54	<i>ethambutol hydrochloride</i>	29
ENTYVIO.....	126	<i>ethosuximide</i>	82
<i>enulose</i>	118	ETHYL OLEATE.....	173
ENVARUS XR.....	130	<i>ethynodiol</i>	102
EPIDIOLEX.....	82	<i>etodolac</i>	16
<i>epinastine hcl</i>	146	<i>etodolac er</i>	16
<i>epinephrine</i>	151	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	102
<i>eplerenone</i>	54	<i>etravirine</i>	26
<i>epoprostenol sodium</i>	65	<i>eucerin gel de ducha calmante para la piel</i>	173
<i>eql 2 in 1 probiotic</i>	173	<i>eucerin limpiador avanzado</i>	173
<i>eql 4x probiotic</i>	173	EUCRISA.....	160
		EULEXIN.....	39

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>everolimus</i>	44, 130	<i>fiber powder</i>	174
<i>evolution control solution normal</i>	174	<i>fidaxomicin</i>	34
EVOTAZ	28	FILSPARI	121
<i>exemestane</i>	39	<i>finasteride</i>	121
<i>ex-lax</i>	174	<i>fingolimid hydrochloride</i>	91
EXXUA	70	FINTEPLA	82
EXXUA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	70	<i>finzala</i>	102
<i>eye allergy relief</i>	174	FIRMAGON	39
EYSUVIS	147	<i>flanders buttocks</i>	174
<i>ezetimibe</i>	58	FLAREX	145
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	58	FLAVORX	174
F		<i>flecainide acetate</i>	56
<i>falmina</i>	102	<i>flexitol jabón para piel sensible</i>	174
<i>famciclovir</i>	30	<i>florastart</i>	174
<i>famotidine</i>	117, 174	<i>florastor</i>	174
<i>famotidine premixed</i>	117	<i>floraxis</i>	174
FANAPT	76	<i>fluconazole</i>	24
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS A ..	76	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	24
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS B ..	76	<i>flucytosine</i>	24
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS C ..	76	<i>fludrocortisone acetate</i>	109
FARXIGA	96	<i>flunisolide</i>	152
FASENRA	151	<i>fluocinolone acetonide</i>	148, 158, 159
FC2 FEMALE CONDOM	174	<i>fluocinolone acetonide para el cuero cabelludo</i>	158
<i>febuxostat</i>	15	<i>fluocinolone acetonide para el cuerpo</i>	158
<i>feirza 1.5/30</i>	102	<i>fluocinonide</i>	159
<i>feirza 1/20</i>	102	<i>fluocinonide emulsified base</i>	159
<i>felbamate</i>	82	<i>fluoride</i>	136
<i>felodipine er</i>	61	<i>fluoridex daily defense</i>	162
<i>fenofibrate</i>	57	FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE ...	162
<i>fenofibrate micronized</i>	57	<i>fluorimax 5000</i>	162
<i>fenofibric acid dr</i>	57	FLUORIMAX 5000 SENSITIVE	162
<i>fentanyl</i>	17	<i>fluorometholone</i>	145
<i>ferrous fumarate 324</i>	174	<i>fluorouracil</i>	160
<i>ferrous gluconate tableta 240 mg, 324 mg</i>	174	FLUOROURACIL	160
<i>ferrous sulfate</i>	174	<i>fluoxetine dr</i>	70
<i>fesoterodine fumarate er</i>	122	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	70
FETZIMA	70	<i>fluphenazine decanoate</i>	76
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	70	<i>fluphenazine hcl</i>	76
<i>fexofenadine hcl childrens allergy</i>	174	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	76, 77
<i>fexofenadine hydrochloride</i>	174	<i>flurbiprofen</i>	16
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine</i>		<i>flurbiprofen sodium</i>	145
<i>hydrochloride er</i>	174	<i>fluticasone</i>	154
FIASP	94	FLUTICASONE FUROATE/VILANTEROL	
FIASP FLEXTOUCH	94	ELLIPTA	154
FIASP PENFILL	94	<i>fluticasone propionate</i>	153, 159, 174
FIASP PUMPCART	94	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	154

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
FLUTICASONE PROPIONATE/SALMETEROL		<i>gavilyte-n/paquete saborizado</i>	118
HFA	154	GAVISCON	175
<i>fluvastatin</i>	57	GAVRETO	44
<i>fluvastatin sodium er</i>	57	<i>ge100 control solution normal</i>	175
<i>fluvoxamine maleate</i>	67	<i>gefitinib</i>	44
<i>fluvoxamine maleate er</i>	67	<i>gemfibrozil</i>	57
<i>folic acid</i>	175	GEMTESA	122
<i>folic acid/vitamin b-6/vitamin b-12</i>	175	<i>generlac</i>	118
FOLPLEX 2.2	175	<i>engraf</i>	130
<i>fomepizole</i>	111	GENOTROPIN	111
<i>fondaparinux sodium</i>	123	GENOTROPIN MINISQUICK	111
<i>fondacircle control solution</i>	175	<i>gentamicin sulfate</i>	21, 144, 155
<i>foracare gdh control solution low</i>	175	<i>gentamicin sulfate pediátrico</i>	21
<i>foracare gdh control solution normal</i>	175	<i>gentamicin sulfate/sodium chloride</i>	21
<i>fora control solution low</i>	175	GENTEAL SEVERE TEARS	175
<i>fora control solution normal</i>	175	<i>genteal tears liquid drops moderate</i>	175
<i>fortiscare control solutions low</i>	175	<i>genteal tears moderate pf</i>	175
<i>fortiscare control solutions normal</i>	175	<i>genteal tears severe day/night</i>	175
<i>fosamprenavir calcium</i>	26	GENVOYA	29
<i>fosfomycin tromethamine</i>	20	GILOTRIF	44
<i>fosinopril sodium</i>	53	<i>glatiramer acetate</i>	91
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	53	<i>glatopa</i>	91
<i>fosphenytoin sodium</i>	82	<i>glimepiride</i>	96
FOTIVDA	44	<i>glipizide</i>	96
<i>free + pure daily probiotic</i>	175	<i>glipizide er</i>	96
<i>free & clear para piel sensible</i>	175	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	96
FRUZAQLA	44	<i>glucocard 01 control solution/normal</i>	175
<i>ft caldyphen</i>	175	<i>glucocard x-meter controlsolution/normal</i>	175
<i>ft limpiador para piel</i>	175	<i>glucocom normal control</i>	175
<i>ft probiotic</i>	175	<i>glucose control normal</i>	175
<i>ft probiotic childrens</i>	175	GLUCOSE (DEXTROSE) 50 %	142
<i>furosemide</i>	63	<i>glucose gel</i>	175
<i>fyavolv</i>	108	<i>glucose tableta</i>	175
G		<i>glycerin adult supositorio</i>	176
<i>gabapentin</i>	82, 83	<i>glycerin infants & children suppository</i>	176
<i>galantamine hydrobromide</i>	67	<i>glycopyrrolate</i>	116, 117
<i>galantamine hydrobromide er</i>	67	GLYXAMBI	96
<i>galbriela</i>	102	<i>gnp caldyphen</i>	176
<i>gallifrey</i>	113	<i>gnp limpiador suave para pieles sensibles</i>	176
GAMUNEX-C	129	<i>gnp probiotic extra strength</i>	176
<i>ganciclovir</i>	30	<i>gnp vitamin a/d ointment</i>	176
GARDASIL 9	131	<i>gojji control solution normal</i>	176
GASAS CURITY	94	<i>gold bond gel de ducha de hidratación profunda</i> <i>definitiva para pieles sensibles/extracto de avena</i> .	176
<i>gatifloxacin</i>	144	<i>gold bond gel de ducha de hidratación profunda</i> <i>definitiva suavizante/con manteca de karité</i>	176
<i>gavilyte-c</i>	118		
<i>gavilyte-g</i>	118		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gold bond gel de ducha exfoliante de hidratación profunda definitiva</i>	176	<i>hydrocodone</i>	18
GOMEKLI.....	44	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	18
GOOD START SUPREME STERILE WATER.....	176	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	18
<i>granisetron hydrochloride</i>	115	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	17
<i>griseofulvin microsize</i>	24	<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	18
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	24	<i>hydrocortisone</i>	109, 117, 159, 177
<i>guaifenesin</i>	176	HYDROCORTISONE.....	177
<i>guaifenesin/codeine</i>	176	<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	148
<i>guaifenesin/dextromethorphan</i>	176	<i>hydrocortisone/aloe</i>	177
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide</i>	176	<i>hydrocortisone perianal</i>	160
<i>guaifenesin er</i>	176	<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	109
<i>guanfacine</i>	88	<i>hydrocortisone valerate</i>	159
<i>guanfacine hydrochloride</i>	64	<i>hydrolatum</i>	177
<i>gvoke</i>	110	<i>hydromorphone hcl</i>	18
<i>gvoke hypopen</i>	110	HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE.....	18
H		<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	129
HADLIMA.....	127	<i>hydroxyurea</i>	41
HADLIMA PUSHTOUCH.....	126, 127	<i>hydroxyzine hcl</i>	149
HAEGARDA.....	125	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	150
<i>hailey 1.5/30</i>	102	<i>hydroxyzine pamoate</i>	150
<i>hailey 24 fe</i>	102	HYRNUO.....	44
<i>hailey fe 1.5/30</i>	102	I	
<i>hailey fe 1/20</i>	102	<i>ibandronate sodium</i>	99
<i>halobetasol propionate</i>	159	IBRANCE.....	44
<i>haloperidol</i>	77	IBTROZI.....	45
<i>haloperidol decanoate</i>	77	<i>ibu</i>	16
<i>haloperidol lactate</i>	77	<i>ibuprofen</i>	16, 177
HAVRIX.....	131	<i>ibuprofen infants</i>	177
<i>heather</i>	102	<i>icatibant acetate</i>	125
<i>hemorrhoidal pomada</i>	176	<i>iclevia</i>	102
<i>heparin sodium</i>	124	ICLUSIG.....	45
HEPARIN SODIUM.....	124	IDHIFA.....	45
HEPARIN SODIUM/D5W.....	123	IDVYNZO.....	29
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE.....	123	<i>imatinib mesylate</i>	45
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 %.....	124	IMBRUVICA.....	45
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE.....	124	<i>imipenem/cilastatin</i>	21
HEPLISAV-B.....	131	<i>imipramine hcl</i>	70
HERNEXEOS.....	44	<i>imipramine hydrochloride</i>	70
HIBERIX.....	131	<i>imiquimod</i>	160
<i>histex</i>	176	IMKELDI.....	45
HUMIRA.....	127	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	131
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	94	INBRIJA.....	73
<i>hydralazine hydrochloride</i>	64	<i>incassia</i>	103
<i>hydrocerin</i>	177	INCRELEX.....	111
<i>hydrochlorothiazide</i>	63	INCRUSE ELLIPTA.....	149
		<i>indapamide</i>	63

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
INFANRIX.....	131	JAKAFI.....	45, 46
<i>infinity control solution normal</i>	177	<i>jantoven</i>	124
<i>infinity voice level 2</i>	177	JARDIANCE.....	96
INLURIYO.....	39	<i>jasmiel</i>	103
INLYTA.....	45	<i>javygtor</i>	111
INQOVI.....	38	JAYPIRCA.....	46
INREBIC.....	45	<i>jencycla</i>	103
INSTA-GLUCOSE GEL.....	177	JENTADUETO.....	97
INTELENCE.....	26	JENTADUETO XR.....	96
<i>introvale</i>	103	JIDEYTRO.....	46
INVEGA HAFYERA.....	77	<i>jinteli</i>	108
INVEGA SUSTENNA.....	77	<i>johnsons kids clean & fresh champú y gel de ducha</i> ..	177
INVEGA TRINZA.....	77	<i>johnsons skin nourish lavado hidratante</i>	177
<i>inyección de electrolitos múltiples tipo 1</i>	134	JOURNAVX.....	15
<i>ionil</i>	177	<i>juleber</i>	103
IPOL INACTIVADA IPV.....	131	JULUCA.....	29
<i>ipratropium bromide</i>	149	<i>junel 1.5/30</i>	103
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	148	<i>junel 1/20</i>	103
<i>irbesartan</i>	55	<i>junel fe 1.5/30</i>	103
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	54, 55	<i>junel fe 1/20</i>	103
<i>iron</i>	177	<i>junel fe 24</i>	103
IRON CHEWS PEDIATRIC.....	177	<i>just right 5000</i>	162
ISENTRESS.....	26	<i>just tears eye drops</i>	177
ISENTRESS HD.....	26	JYLAMVO.....	129
<i>isibloom</i>	103	JYNNEOS.....	131
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5 %.....	134	K	
ISOLYTE-S.....	134	<i>kaitlib fe</i>	103
ISOLYTE-S PH 7.4.....	134	<i>kala</i>	177
<i>isoniazid</i>	29	KALETRA.....	29
<i>isopropyl alcohol toallitas</i>	177	<i>kalliga</i>	103
<i>isosorbide dinitrate</i>	64	<i>kapectate</i>	177
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	64	<i>kapectate extra strength</i>	177
<i>isosorbide mononitrate er</i>	64	<i>kariva</i>	103
<i>isotonic gentamicin</i>	21	KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.9 %.....	134
<i>isotretinoin</i>	155	KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.45 %.....	134
<i>isradipine</i>	61	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.2 %.....	134
ISTURISA.....	111	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.9 %.....	134
ITOVEBI.....	45	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.45 %.....	134
<i>itraconazole</i>	24	KCL 0.075 %/D5W/NACL 0.45 %.....	134
<i>ivabradine hydrochloride</i>	64	KEIMPTA.....	91
<i>ivermectin</i>	21, 177	<i>kelnor 1/35</i>	103
IVIZIA SEVERE/NIGHT DRY EYES.....	177	KERENDIA.....	54
IWILFIN.....	41	<i>kerodex 71 wet</i>	178
IXIARO.....	131	<i>ketoconazole</i>	24, 156
J		<i>ketodan</i>	156
<i>jaimiess</i>	103	KETONE TIRAS REACTIVAS.....	178

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ketorolac tromethamine</i>	16, 145	<i>larin fe 1/20</i>	103
KETOSTIX TIRA.....	178	<i>latanoprost</i>	146
<i>ketotifen fumarate</i>	178	<i>laxative maximum strength</i>	178
KINERET.....	127	LAZCLUZE.....	46
KINRIX.....	132	<i>leflunomide</i>	129
<i>kionex</i>	100	<i>lenalidomide</i>	40
KISQALI.....	46	LENTOCILIN.....	36
<i>klayesta</i>	156	LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA.....	47
<i>klor-con</i>	136	LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA.....	47
<i>klor-con 8</i>	136	LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA.....	46
<i>klor-con 10</i>	136	LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA.....	46
<i>klor-con m10</i>	136	LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA.....	46
<i>klor-con m15</i>	136	LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA.....	46
<i>klor-con m20</i>	136	LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA.....	46
KLOXXADO.....	93	LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA.....	47
KOMZIFTI.....	46	LEQEMBI IQLIK.....	67
KONSYL DAILY FIBER.....	178	<i>lessina</i>	103
KOSELUGO.....	46	<i>letrozole</i>	39
<i>kourzeq</i>	162	<i>leucovorin calcium</i>	41
<i>kp limpiador para piel sensible</i>	178	LEUKERAN.....	37
KRAZATI.....	46	LEUKINE.....	124
<i>kristalose</i>	118	<i>leuprolide acetate</i>	39
<i>kurvelo</i>	103	<i>levalbuterol</i>	151
L		<i>levalbuterol hcl</i>	150
<i>labetalol hydrochloride</i>	59	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	150
<i>lacosamide</i>	83	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA.....	150
<i>lactated ringers</i>	134	<i>levetiracetam</i>	84
<i>lactobacillus</i>	178	LEVETIRACETAM.....	84
LACTOSE MONOHYDRATE.....	178	<i>levetiracetam er</i>	83
<i>lactulose</i>	118	<i>levetiracetam/sodium chloride</i>	83
<i>lamivudine</i>	26, 30	<i>levobunolol hcl</i>	146
<i>lamivudine/zidovudine</i>	29	<i>levocarnitine</i>	111, 112
<i>lamotrigine</i>	83	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	150, 178
<i>lamotrigine er</i>	83	<i>levofloxacin</i>	35, 144
<i>lamotrigine kit inicial/kit anaranjado</i>	83	<i>levofloxacin in d5w</i>	34
<i>lamotrigine kit inicial/kit verde</i>	83	<i>levonest</i>	103
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	83	<i>levonorgestrel</i>	178
<i>lamotrigine tabs. bucodispersables</i>	83	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	103
<i>lansoprazole</i>	120, 178	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	103
LANTUS.....	95	<i>levora 0.15/30-28</i>	103
LANTUS SOLOSTAR.....	94	<i>levo-t</i>	114
<i>lapatinib ditosylate</i>	46	LEVOTHYROCINE.....	114
<i>larin 1.5/30</i>	103	<i>levothyroxine sodium</i>	114
<i>larin 1/20</i>	103	LEVOTHYROXINE SODIUM.....	114
<i>larin 24 fe</i>	103	<i>levoxyl</i>	114
<i>larin fe 1.5/30</i>	103	<i>l-glutamine</i>	125
		<i>liberty glucose control normal</i>	178

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>lice killing champú</i>	178	LORBRENA.....	47
<i>lice treatment</i>	178	<i>loryna</i>	104
<i>lidocaine</i>	15, 160, 178	<i>losartan potassium</i>	55
<i>lidocaine hcl</i>	15, 56	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	55
LIDOCAINE HCL.....	56	LOTEMAX.....	145
LIDOCAINE HCL IN D5W.....	56	LOTEMAX SM.....	145
<i>lidocaine hydrochloride</i>	15, 178	<i>loteprednol</i>	143
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	162	<i>loteprednol etabonate</i>	145
<i>lidocaine/prilocaine</i>	160	<i>lovastatin</i>	57
<i>lidocaine topical anesthetic</i>	178	<i>loxapine</i>	77
<i>lidocaine viscous</i>	162	<i>lo-zumandimine</i>	104
<i>lidocan</i>	160	<i>lubiprostone</i>	119
LIFYORLI.....	39	<i>lubricant eye</i>	179
LILETTA DISPOSITIVO INTRAUTERINO.....	104	<i>lubricant eye drops</i>	179
<i>limpiador facial refrescante</i>	185	<i>lubricating eye drops</i>	179
<i>limpiador para cabello y cuerpo</i>	185	<i>luizza 1.5/30</i>	104
<i>limpiador para piel sensible</i>	175	<i>luizza 1/20</i>	104
<i>linezolid</i>	21	LUMAKRAS.....	47
LINEZOLID.....	21	LUMIGAN.....	146
LINZESS.....	119	LUPRON DEPOT.....	39
<i>liomny</i>	114	LUPRON DEPOT-PED.....	112
<i>liothyronine sodium</i>	114	<i>lurasidone hydrochloride</i>	77, 78
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	88	<i>lutera</i>	104
<i>lisinopril</i>	53	LYBALVI.....	78
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	53	<i>lyleq</i>	104
<i>lithium</i>	90	<i>lyllana</i>	108
<i>lithium carbonate</i>	90	LYNPARZA.....	47
<i>lithium carbonate er</i>	90	LYSODREN.....	39
LIVTENCITY.....	30	LYTGOBI.....	47
<i>loción hidratante</i>	179	<i>lyza</i>	104
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	104	M	
<i>loestrin 1/20-21</i>	104	<i>macitentan</i>	65
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	104	<i>magnesium</i>	134, 179
<i>loestrin fe 1/20</i>	104	<i>magnesium citrate</i>	179
LOHIST-DM JARABE.....	178	<i>magnesium oxide</i>	179
<i>lojaimiess</i>	104	MAGNESIUM SULFATE.....	134
LOKELMA.....	100	<i>malathion</i>	161
<i>lomustine</i>	37, 38	<i>maraviroc</i>	26
LONSURF.....	38	<i>marlissa</i>	104
<i>loperamide hydrochloride</i>	119, 178	MARPLAN.....	70
<i>lopinavir/ritonavir</i>	29	MATULANE.....	41
<i>loratadine</i>	178	<i>matzim</i>	61
<i>loratadine childrens</i>	178	MAVYRET.....	30, 31
<i>loratadine-d 12hr</i>	178	M-CLEAR WC.....	179
<i>loratadine-d 24hr</i>	178	<i>meclizine</i>	115
<i>lorazepam</i>	67	<i>meclizine hcl</i>	115
<i>lorazepam intensol</i>	67		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>meclizine hydrochloride</i>	115, 179	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	59
<i>mederma ag limpiador corporal</i>	179	<i>metoprolol succinate er</i>	59
<i>mederma ag tónico facial</i>	179	<i>metoprolol tartrate</i>	59
<i>medi-paste pomada</i>	179	<i>metronidazole</i>	21, 160, 161
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	104, 113	<i>metronidazole vaginal</i>	122
<i>mefloquine hydrochloride</i>	25	<i>metyrosine</i>	64
<i>megestrol acetate</i>	39, 113	<i>mibelas 24 fe</i>	104
MEKINIST	47	<i>micafungin</i>	24
MEKTOVI	47	<i>miconazole</i>	179
<i>melatonin</i>	179	<i>miconazole 1 kit</i>	179
<i>meleya</i>	104	<i>miconazole 3</i>	122, 179
<i>meloxicam</i>	16	<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	179
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	68	MICONAZOLE 7	179
<i>memantine hcl paq. de ajuste de la dosis</i>	67	<i>miconazole nitrate</i>	179
<i>memantine hydrochloride</i>	67, 68	<i>microgestin 1.5/30</i>	104
<i>memantine hydrochloride er</i>	67	<i>microgestin 1/20</i>	104
MENQUADFI	132	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	104
MENVEO	132	<i>microgestin fe 1/20</i>	104
<i>mercaptapurine</i>	38	<i>midodrine hydrochloride</i>	64
<i>meropenem</i>	21	MIEBO	147
<i>mesalamine</i>	117	<i>mifepristone</i>	112
<i>mesalamine dr</i>	117	<i>miglitol</i>	97
<i>mesna</i>	41	<i>mili</i>	104
<i>metformin hydrochloride</i>	97	<i>milk of magnesia</i>	179
<i>metformin hydrochloride er</i>	97	<i>mimvey</i>	108
<i>methadone hcl</i>	17	MINERAL OIL HEAVY	179
<i>methadone hydrochloride</i>	17	MINERAL OIL LIGHT	179
<i>methazolamide</i>	63	<i>minerin crème</i>	179
<i>methenamine hippurate</i>	21	<i>minicápsulas de aceite de pescado</i>	174
<i>methenamine mandelate</i>	21	<i>minocycline hcl</i>	37
<i>methergine</i>	112	<i>minocycline hydrochloride</i>	37
<i>methimazole</i>	114	<i>minoxidil</i>	64
<i>methotrexate</i>	38	<i>mirabegron er</i>	122
<i>methotrexate sodium</i>	38, 129	<i>mirtazapine</i>	70
<i>methoxsalen</i>	157	<i>mirtazapine tabs. bucodispersables</i>	70
<i>methscopolamine bromide</i>	117	<i>misoprostol</i>	119
<i>methsuximide</i>	84	MIUDELLA COPPER	104
<i>methylergonovine maleate</i>	112	M-M-R II	132
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	88	M-NATAL PLUS	136
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	88	<i>modafinil</i>	92
<i>methylprednisolone</i>	109	MODEYSO	41
<i>methylprednisolone acetate</i>	109	<i>moexipril hydrochloride</i>	53
<i>methylprednisolone paq. de dosis</i>	109	<i>molindone hydrochloride</i>	78
<i>methylprednisolone sodium succinate</i>	109	<i>mometasone furoate</i>	153, 159
<i>metoclopramide hcl</i>	115	<i>mondoxyne nl</i>	37
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	115	<i>mono-lynyah</i>	104
<i>metolazone</i>	63	<i>montelukast sodium</i>	151

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>morphine</i>	19	<i>natural fiber</i>	181
<i>morphine sulfate</i>	18, 19	NAYZILAM.....	84
MORPHINE SULFATE.....	18	<i>nebivolol hydrochloride</i>	59
<i>morphine sulfate er</i>	17	<i>necon 0.5/35-28</i>	104
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE.....	17	<i>nefazodone hydrochloride</i>	70
MOUNJARO	97	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	144
MOVANTIK	119	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	143
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	35, 144	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	143
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	35	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	144
MRESVIA.....	132	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	148
<i>mucinex fast-max congestion & headache maximum</i> <i>strength</i>	180	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	143, 148
<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain</i> <i>maximum strength</i>	180	<i>neomycin sulfate</i>	21
<i>mucus dm</i>	180	NEONATAL PLUS	137
MULTAQ	56	NERLYNX.....	47
MULTI COMPLETE	180	NEUDEXTA	90
MULTIPLE VITAMINS/IRON	180	<i>neutrogena limpiador facial de limpieza profunda</i>	181
<i>multi vitamin/fluoride</i>	136	<i>nevirapine</i>	26
<i>multivitamin/fluoride</i>	137	<i>nevirapine er</i>	26
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	136	NEXLETOL.....	58
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON	181	NEXLIZET	58
MULTIVITAMÍNICO	180	NEXPLANON	104
MULTIVITAMÍNICO/FLUORIDE	181	<i>niacin</i>	58, 181
MULTIVITAMÍNICO/IRON	181	<i>niacin er</i>	58
MULTIVITAMÍNICO PARA NIÑOS	180	<i>niacin timed release</i>	181
MULTIVITAMIN PLUS IRON PARA NIÑOS	180	<i>niacin tr</i>	181
<i>multivitamins</i>	181	<i>niacro</i>	58
MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER	180	<i>nicardipine hcl</i>	61
<i>mupirocin</i>	155	<i>nicotine</i>	181
<i>mycophenolate mofetil</i>	130	<i>nicotine polacrilex</i>	181
<i>mycophenolic acid dr</i>	130	NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM KIT	181
N		<i>nicotine transdermal system patch</i>	182
<i>nabumetone</i>	16	NICOTROL NS	93
<i>nadolol</i>	59	<i>nifedipine er</i>	61
<i>nafticillin sodium</i>	36	<i>nikki</i>	105
<i>naloxone hcl</i>	93	<i>nilotinib</i>	48
<i>naloxone hydrochloride</i>	93, 181	NILOTINIB	47, 48
NAMZARIC	68	<i>nilutamide</i>	39
<i>naproxen</i>	16	NINLARO.....	48
<i>naproxen dr</i>	16	<i>nintedanib</i>	151
<i>naproxen sodium</i>	16, 181	<i>nisoldipine</i>	61
<i>naratriptan</i>	89	<i>nitazoxanide</i>	22
NATACYN.....	144	<i>nitisinona</i>	112
<i>nateglinide</i>	97	<i>nitisinone</i>	112
<i>natrapel</i>	181	NITRO-BID	64
		<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	22
		<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	22
		<i>nitroglycerin</i>	65, 161

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
NITROGLYCERIN	65	ODMZO	48
<i>nitroglycerin parche transdérmico</i>	65	OFEV	152
<i>nitroglycerin translingual</i>	65	<i>off active</i>	182
NIVA-PLUS	137	<i>off deep woods dry</i>	182
<i>nizatidine</i>	117	<i>off deep woods sportsmen</i>	182
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	105	<i>off familycare clean feel</i>	182
<i>norethindrone</i>	105	<i>off smooth & dry</i>	182
<i>norethindrone acetate</i>	113	<i>ofloxacin</i>	144, 148
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	105, 108	OGSIVEO	48
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	105	OJEMDA	48
<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous</i>	105	OJJAARA	48
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	105	<i>olanzapine</i>	78
<i>norlyroc</i>	105	<i>olanzapine tabs. bucodispersables</i>	78
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	105	OLIVE OIL	182
<i>nortrel 1/35</i>	105	<i>olmesartan medoxomil</i>	55, 56
<i>nortrel 7/7/7</i>	105	<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	55
<i>nortriptyline hcl</i>	71	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	55
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	71	<i>olopatadine hcl</i>	150
NORVIR	26	<i>olopatadine hydrochloride</i>	182
NOVOLIN 70/30	95	<i>omega 3</i>	182
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	95	<i>omega-3</i>	182
NOVOLIN N	95	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	58
NOVOLIN N FLEXPEN	95	<i>omega-3 fish oil</i>	182
NOVOLIN R	95	<i>omeprazole</i>	120, 182
NOVOLIN R FLEXPEN	95	<i>omeprazole dr</i>	120, 182
NOVOLOG	95	<i>omeprazole magnesium</i>	182
NOVOLOG FLEXPEN	95	ONCASPAR	41
NOVOLOG MIX 70/30	95	<i>ondansetron hcl</i>	115
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	95	<i>ondansetron hydrochloride</i>	115
NOVOLOG PENFILL	95	<i>ondansetron tabs. bucodispersables</i>	116
NUBEQA	39	ONETOUCH ULTRA CONTROL	182
NUCALA	151, 152	ONETOUCH VERIO LEVEL 4 CONTROL	182
NULOJIX	130	ONUREG	38
NUPLAZID	78	OPILL	182
NURTEC	89	OPIPZA	78
NUTRILIPID	142	OPTIONS GYNOL II VAGINAL CONTRACEPTIVE	182
NUZYRA	37	<i>oralone pasta dental</i>	162
<i>nyamyc</i>	156	ORGOVYX	39
<i>nylia 1/35</i>	105	<i>orquidea</i>	105
<i>nylia 7/7/7</i>	105	ORSERDU	40
<i>nystatin</i>	24, 156, 162	<i>orsythia</i>	105
<i>nystop</i>	156	<i>oseltamivir phosphate</i>	31
O		OSPOMYV	99
<i>octreotide acetate</i>	112	OTEZLA	127
ODEFSEY	29	OTEZLA/OTEZLA XR 28 DÍAS	127

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
OTEZLA XR.....	127	<i>penicillin v potassium</i>	36
<i>ovega-3</i>	182	PENMENVY	132
<i>oxacillin sodium</i>	36	PENTACEL.....	132
<i>oxaprozin</i>	16	<i>pentamidine isethionate</i>	22
<i>oxazepam</i>	67	<i>pentoxifylline er</i>	125
<i>oxcarbazepine</i>	84	<i>perampanel</i>	84
<i>oxybutynin chloride</i>	122	<i>perindopril erbumine</i>	53
<i>oxybutynin chloride er</i>	122	<i>periogard</i>	162
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	19	<i>permethrin</i>	161
<i>oxycodone hcl</i>	19	<i>perphenazine</i>	78
<i>oxycodone hydrochloride</i>	19	<i>perphenazine/amitriptyline</i>	71
<i>oxymetazoline hydrochloride</i>	182	PETROLATUM POMADA.....	183
<i>oyster shell calcium</i>	182	<i>phenazopyridine hydrochloride</i>	183
OZEMPIC	97	PHENAZOPYRIDINE HYDROCHLORIDE.....	183
P		<i>phenelzine sulfate</i>	71
<i>pacerone</i>	56	<i>phenobarbital</i>	84
<i>paladin</i>	182	<i>phenobarbital sodium</i>	84
<i>paliperidone er</i>	78	<i>phenytek</i>	84
<i>pamidronate disodium</i>	99	<i>phenytoin</i>	84
PAMIDRONATE DISODIUM	99	<i>phenytoin sodium</i>	84
PANRETIN	161	<i>phenytoin sodium extended</i>	84
<i>pantoprazole sodium</i>	121	<i>philith</i>	105
<i>paricalcitol</i>	115	PHOSPHOROUS.....	183
<i>paroxetine</i>	90	PHOSPHO-TRIN K500.....	183
<i>paroxetine hcl</i>	71	<i>phytonadione</i>	183
<i>paroxetine hcl er</i>	71	PIFELTRO	26
<i>paroxetine hydrochloride</i>	71	<i>pilocarpine hcl</i>	146
<i>pataday extra strength</i>	183	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	146, 162
PAXLOVID	31	<i>pimecrolimus</i>	161
<i>pazopanib</i>	48	<i>pimozide</i>	78
<i>pazopanib hydrochloride</i>	48	<i>pimtrea</i>	105
PCCA SORBITOL LOLLIPOP BASE EN		<i>pindolol</i>	60
ESCAMAS	183	<i>pink bismuth</i>	183
PEDIA-LAX	183	<i>pink bismuth maximum strength</i>	183
PEDIARIX.....	132	<i>pinworm</i>	183
PEDVAXHIB.....	132	<i>pinxav</i>	183
<i>peg-3350/electrolytes</i>	118	<i>pioglitazone hcl</i>	97
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	118	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	97
PEGASYS.....	31	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	97
PEMAZYRE	48	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	97
PENBRAYA.....	132	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	36
<i>penicillamine</i>	100	PIQRAY 200 MG DAILY DOSE	48
<i>penicillin g potassium</i>	36	PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA	48
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC		PIQRAY 300 MG.....	48
DEXTROSE	36	<i>pirfenidone</i>	152
<i>penicillin g sodium</i>	36	<i>piroxicam</i>	16
		<i>pitavastatin calcium</i>	57

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN.....	137	<i>primadophilus kids</i>	184
<i>podofilox</i>	161	<i>primaquine phosphate</i>	25
<i>polyethylene glycol 3350</i>	183	<i>primidone</i>	85
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	145	PRIORIX.....	132
<i>polysaccharide-iron</i>	183	PRIVIGEN.....	129
<i>polyvinyl alcohol</i>	183	<i>probenecid</i>	15
POLY-VI-SOL.....	183	<i>probenecid/colchicine</i>	15
POMALYST.....	40	<i>probiotic</i>	184
<i>portia-28</i>	105	<i>probiotic + immune</i>	184
<i>posaconazole dr</i>	24	<i>probiotic acidophilus</i>	184
<i>potassium</i>	135	<i>probiotic chocolate bears childrens</i>	184
<i>potassium chloride</i>	135, 137	<i>probiotic digestive support extra strength</i>	184
POTASSIUM CHLORIDE.....	135	<i>probiotic formula</i>	184
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE.....	135	<i>probiotic gummies</i>	184
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE.....	135	<i>probiotic multi-enzyme</i>	184
<i>potassium chloride er</i>	137	<i>prochlorperazine</i>	116
<i>potassium citrate er</i>	121	<i>prochlorperazine edisylate</i>	116
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	73	<i>prochlorperazine maleate</i>	116
<i>pramoxine hcl</i>	183	PROCRIT.....	124
<i>prasugrel hydrochloride</i>	126	<i>proctocort</i>	161
<i>pravastatin sodium</i>	57	<i>procto-med hc</i>	161
<i>praziquantel</i>	22	<i>proctosol hc</i>	161
<i>prazosin hydrochloride</i>	54	<i>proctozone-hc</i>	161
<i>prednisolone</i>	109	<i>prodigy control solution low</i>	184
<i>prednisolone acetate</i>	146	<i>progesterone</i>	113
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	109	PROGRAF.....	130
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	146	PROLASTIN-C.....	152
<i>prednisone</i>	110	<i>promethazine hcl</i>	116
PREDNISONE INTENSOL.....	110	<i>promethazine hydrochloride</i>	116
<i>prednisone tableta paq. de tratamiento</i>	110	<i>promethegan</i>	116
<i>pregabalin</i>	85	<i>propafenone hcl</i>	56
<i>pregabalin er</i>	91	<i>propafenone hydrochloride</i>	56
PREMARIN.....	108	<i>propafenone hydrochloride er</i>	56
PREMASOL.....	142	<i>proparacaine hcl</i>	147
PREMPRO.....	108	<i>propranolol hcl</i>	60
PRENATABS FA.....	183	<i>propranolol hydrochloride</i>	60
PRENATABS RX.....	183	<i>propranolol hydrochloride er</i>	60
PRENATAL.....	138, 183, 184	<i>propylthiouracil</i>	114
PRENATAL 19.....	183	PROQUAD.....	132
PRENATAL PLUS VITAMINA Y MINERALES.....	137	<i>protriptyline hcl</i>	71
<i>prestige glucose control</i>	184	<i>provella</i>	184
PRETOMANID.....	29	<i>pseudoephedrine hydrochloride</i>	184
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT.....	162	<i>pseudoephedrine hydrochloride er maximum strength</i>	184
PREVYMIS.....	31	<i>psyllium fiber</i>	184
PREZCOBIX.....	29	PULMOZYME.....	152
PREZISTA.....	27	<i>purpose limpiador suave</i>	184
		PYCHIVA.....	127

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>pyrazinamide</i>	30	REPATHA SURECLICK.....	58
<i>pyridostigmine bromide</i>	91	REPATHAT.....	58
<i>pyridostigmine bromide er</i>	91	<i>repel family</i>	185
<i>pyrimethamine</i>	22	<i>repel sportsmen dry</i>	185
PYZCHIVA.....	127	<i>repel sportsmen max</i>	185
Q		RESTASIS	147
<i>qc calamine medicated</i>	184	RESTASIS MULTIDOSE.....	147
<i>qc pink bismuth</i>	184	RETEVMO	48
<i>qc psyllium fiber</i>	184	REVCovi.....	112
QINLOCK.....	48	REVUFORJ	49
QUADRACEL.....	132	REXTOVY.....	93
<i>quetiapine fumarate</i>	79	REXULTI.....	79
<i>quetiapine fumarate er</i>	78	REYATAZ	27
<i>quinapril hydrochloride</i>	53	REZDIFFRA.....	112
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	53	REZLIDHIA	49
<i>quinidine sulfate</i>	56	REZUROCK	130
<i>quinine sulfate</i>	25	RHOPRESSA.....	146
QULIPTA.....	89	<i>ribavirin</i>	31
R		<i>rifabutin</i>	30
RABAVERT.....	132	<i>rifampin</i>	30
<i>rabeprazole sodium</i>	121	<i>rifapentine</i>	30
RALDESY	71	<i>rightest gc300 normal control</i>	185
<i>raloxifene hydrochloride</i>	112	<i>rilpivirine</i>	27
<i>ramipril</i>	53	<i>riluzole</i>	91
<i>ranger ready repellent</i>	185	<i>rimantadine</i>	31, 72
<i>ranolazine er</i>	64	RINGERS INYECCIÓN	135
<i>ra probiotic gummies</i>	185	RINVOQ.....	127
<i>rasagiline mesylate</i>	73	RINVOQ LQ.....	127
RASPBERRY JARABE	185	<i>risa-bid probiotic</i>	185
<i>reclipsen</i>	105	<i>risedronate sodium</i>	99
RECOMBIVAX HB.....	132	<i>risedronate sodium dr</i>	99
REDEMPLO.....	58	<i>risperidone</i>	79
<i>redness reliever eye drops</i>	185	<i>risperidone er</i>	79
REFRESH	185	<i>risperidone tabs. bucodispersables</i>	79
REFRESH DIGITAL	185	<i>ritonavir</i>	27
<i>refresh limpiador</i>	185	<i>rivaroxaban</i>	124
REFRESH OPTIVE.....	185	<i>rivastigmine tartrate</i>	68
REFRESH OPTIVE ADVANCED	185	<i>rivastigmine transdermal</i>	68
REFRESH OPTIVE PRESERVATIVE FREE.....	185	<i>rizatriptan benzoate</i>	89
REFRESH RELIEVA PF	185	<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i>	89
REFRESH RELIEVA PF XTRA	185	ROCKLATAN.....	147
REFRESH TEARS PF	185	<i>roflumilast</i>	152
<i>rehyla limpiador</i>	185	<i>romidepsin</i>	49
RELENZA DISKHALER.....	31	ROMIDEPSIN	49
<i>repaglinide</i>	97, 98	ROMVIMZA.....	49
		<i>ropinirole er</i>	73
		<i>ropinirole hcl</i>	73

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ropinirole hydrochloride</i>	74	SIKLOS	125
<i>rosuvastatin calcium</i>	57	<i>sildenafil</i>	65
<i>rosyrah</i>	105	<i>sildenafil citrate</i>	65
ROTARIX	132	<i>silodosin</i>	121
ROTATEQ	132	<i>silver sulfadiazine</i>	155
<i>roweepra</i>	85	SIMBRINZA	147
ROZLYTREK	49	<i>simethicone</i>	186
ROZYL TREK	49	<i>simliya</i>	106
RUBRACA	49	<i>simpeesse</i>	106
<i>rufinamide</i>	85	SIMPLE JARABE	186
RUKOBIA	27	<i>simvastatin</i>	57
RYBELSUS	98	<i>sirolimus</i>	130
RYDAPT	49	SIRTURO	30
S		<i>sitagliptin</i>	98
<i>saccharomyces boulardii</i>	185	<i>sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride</i>	98
<i>saccharomycin df</i>	185	<i>sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride er</i>	98
<i>sacubitril/valsartan</i>	55	SIVEXTRO	22
<i>saline aerosol nasal infants/childrens</i>	185	SKYRIZI	128
<i>saline gel nasal</i>	185	SKYRIZI PEN	128
SANTYL	161	<i>sleep aid</i>	186
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	112	<i>sleep-aid</i>	186
<i>sawyer insect repellent</i>	185	<i>smarty pants kids probiotic complete</i>	186
<i>sawyer premium insect repellent</i>	185	SM FOAMING ANTACID	186
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	98	<i>sm probiotic</i>	186
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er</i>	98	SM SLOW RELEASE IRON	186
SCSEMBLIX	49	<i>sodium bicarbonate</i>	135, 186
<i>scopolamine parche</i>	116	SODIUM BICARBONATE	135
SECUADO	79	<i>sodium bicarbonate polvo</i>	186
<i>selegiline hcl</i>	74	<i>sodium chloride</i>	135, 186
<i>selenium sulfide</i>	156	SODIUM CHLORIDE	135
SELZENTRY	27	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	161
<i>seni care crema para el cuerpo</i>	185	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	135
<i>senna</i>	185	<i>sodium fluoride</i>	138, 163
<i>senna smooth</i>	185	SODIUM FLUORIDE	186
<i>sennosides/docusate sodium</i>	186	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	163
<i>sensi-care crema hidratante</i>	186	SODIUM FLUORIDE 5000 PPM SENSITIVE	162
<i>sensi-care septi-soft concentrado</i>	186	<i>sodium fluoride 5000 ppm sequedad bucal</i>	162
SEREVENT DISKUS	151	SODIUM FLUORIDE/POTASSIUM NITRATE/ SENSITIVE	163
<i>sertraline hcl</i>	71	SODIUM OXYBATE	92
<i>sertraline hydrochloride</i>	71	<i>sodium phenylbutyrate</i>	112
<i>setlakin</i>	105	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	100
<i>sevelamer carbonate</i>	113	SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/ MAGNESIUM SULFATE	118
<i>sf 162</i>		<i>solifenacin succinate</i>	122
<i>sharobel</i>	105	SOLQUA 100/33	95
SHINGRIX	132	SOLTAMOX	40
SIGNIFOR	112		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SOLU-CORTEF	110	SUNLENCA	27
<i>solus v2 control low</i>	186	SUNLENCA PAQUETE DE TRATAMIENTO	
SOMATULINE DEPOT	113	TABLETA.....	27
SOMAVERT	113	SUSPENSIÓN ORAL.....	182
<i>soothe hydration</i>	186	SUSPENSION VEHICLE	187
<i>soothe xp</i>	186	SUTAB.....	118
<i>soothe xp/xtra protection</i>	186	<i>sv aceite de pescado</i>	187
<i>sorafenib tosylate</i>	49	<i>sween crema hidratante para el cuerpo</i>	187
<i>sorbidon hydrate</i>	186	<i>syeda</i>	106
SORBITOL	186	SYMPAZAN.....	85
<i>sotalol hcl</i>	56	SYMTUZA	29
<i>sotalol hydrochloride</i>	57	SYNTHROID	114
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	56	SYRSPEND SF.....	187
SPIRIVA RESPIMAT	149	SYRUP VEHICLE.....	187
<i>spironolactone</i>	54	SYRUP VEHICLE SF	187
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	63	<i>systane complete</i>	187
<i>sprintec 28</i>	106	<i>systane contacts gotas calmantes</i>	187
SPRITAM.....	85	SYSTANE GEL	187
<i>sps</i>	100		
<i>sronyx</i>	106	T	
SSD	155	TABLOID	38
<i>stablegi</i>	186	TABRECTA	50
STEVIA.....	186, 187	<i>tacrolimus</i>	131, 161
STEVIOL	187	<i>tacrolimus er</i>	131
STEVIOSIDE	187	<i>tadalafil</i>	65, 121
STIVARGA.....	49	TAFINLAR	50
<i>streptomycin sulfate</i>	22	TAGRISSO	50
STRIBILD.....	29	<i>tai doc control solución</i>	187
<i>stye solución</i>	187	TALICIA.....	119
<i>subvenite</i>	85	TALZENNA.....	50
SUBVENITE	85	<i>tamoxifen citrate</i>	40
<i>subvenite kit inicial/kit anaranjado</i>	85	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	121
<i>subvenite kit inicial/kit verde</i>	85	<i>tarina 24 fe</i>	106
<i>subvenite starter kit/blue</i>	85	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	106
<i>sucralfate</i>	119	TARPEYO	121
<i>sulfacetamide sodium</i>	145, 155	<i>tasimelteon</i>	89
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>		TAVNEOS.....	125
<i>phosphate</i>	143	<i>tazarotene</i>	157
<i>sulfadiazine</i>	22	<i>tazicef</i>	34
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	22	TECVAYLI	50
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	22	<i>telmisartan</i>	56
SULFAMYLON	156	<i>telmisartan/amlodipine</i>	55
<i>sulfasalazine</i>	117	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	55
<i>sulindac</i>	16	<i>temazepam</i>	89
<i>sumatriptan</i>	89, 90	<i>tena crema limpiadora para el cuidado de la piel</i>	187
<i>sumatriptan succinate</i>	89	<i>tena gel de ducha para el cuidado de la piel</i>	187
<i>sunitinib</i>	49	TENIVAC	132

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>tenofir disoprixil fumarate</i>	27	<i>torpenz</i>	50
TEPMETKO	50	<i>torsemide</i>	63
<i>terazosin</i>	54	TOUJEO MAX SOLOSTAR	95
<i>terazosin hydrochloride</i>	54	TOUJEO SOLOSTART	95
<i>terbinafine hcl</i>	24	TPN ELECTROLYTES	135
<i>terbinafine hydrochloride</i>	187	TRADJENTA	98
<i>terbutaline sulfate</i>	151	<i>tramadol</i>	17
<i>terconazole</i>	122	<i>tramadol hydrochloride</i>	19
<i>teriflunomide</i>	92	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	19
<i>testosterone</i>	94	<i>tramadol hydrochloride er</i>	17
<i>testosterone cypionate</i>	93	<i>trandolapril</i>	53
<i>testosterone enanthate</i>	93	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	53
<i>tetrabenazine</i>	91	<i>tranexamic acid</i>	126
<i>tetracycline hydrochloride</i>	37	<i>tranexamic acid/sodium chloride</i>	125
THALOMID	40	<i>tranylcypromine sulfate</i>	71
<i>theophylline</i>	152	TRAVASOL	143
<i>theophylline er</i>	152	<i>travoprost</i>	147
<i>thera-gesic plus</i>	187	<i>trazodone hydrochloride</i>	71, 72
<i>thioridazine hydrochloride</i>	79	TRELEGY ELLIPTA	149
<i>thiothixene</i>	79	TREMFYA	128
<i>tiadylt er</i>	61	TREMFYA PAQ. DE INDUCCIÓN PARA	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	85	ENFERMEDAD DE CROHN/COLITIS	
TIBSOSVO	50	ULCEROSA	128
<i>ticagrelor</i>	126	<i>tretinoin</i>	41, 155
TICOVAC	132	<i>triamcinolone acetonide</i>	110, 159, 187
<i>tigecycline</i>	37	<i>triamcinolone acetonide pasta dental</i>	163
<i>tilia fe</i>	106	TRIAMINIC FEVER REDUCER PAIN RELIEVER	
<i>timolol maleate</i>	60, 147	INFANTS	187
<i>tinidazole</i>	22	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	63
TIVICAY	27	<i>triazolam</i>	89
TIVICAY PD	27	<i>tri-buffered aspirin</i>	187
<i>tizanidine hcl</i>	92	<i>trientine hydrochloride</i>	100
<i>tizanidine hydrochloride</i>	92	<i>tri-estarylla</i>	106
TOBI PODHALER	22	<i>trifluoperazine hcl</i>	79, 80
TOBRADEX	144	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	80
TOBRADEX ST	144	<i>trifluridine</i>	145
<i>tobramycin</i>	23, 145	<i>trihexyphenidyl</i>	74
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	144	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	74
<i>tobramycin sulfate</i>	23	TRIJARDY XR	98
TODAY SPONGE	187	TRIKAFTA PAQ. DE TRATAMIENTO	152
<i>tofacitinib</i>	128	TRIKAFTA TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO ..	152
<i>tolnaftate</i>	187	<i>tri-legest fe</i>	106
<i>tolterodine tartrate</i>	122	<i>tri-linyah</i>	106
<i>tolterodine tartrate er</i>	122	<i>trilitas</i>	157
<i>tolvaptan</i>	113	<i>tri-lo-estarylla</i>	106
<i>topiramate</i>	86	<i>tri-lo-marzia</i>	106
<i>toremifene citrate</i>	40	<i>tri-lo-mili</i>	106

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>tri-lo-sprintec</i>	106	TYVASO	65, 66
<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	116	TYZAVAN	23
<i>trimethoprim</i>	23	U	
<i>tri-mili</i>	106	UBRELVY	90
<i>trimipramine maleate</i>	72	<i>ultrathon insect repellent 8</i>	188
TRINTELLIX	72	<i>unistrip control solutionlow</i>	188
<i>triple antibiotic plus pain reliever maximum strength</i>	187	<i>unithroid</i>	114
<i>triple probiotic</i>	187	<i>up4 probiotics</i>	188
<i>triprolidine hci</i>	187	<i>up4 probiotics kids cubes</i>	188
<i>triprolidine hydrochloride</i>	188	UPLIZNA	91
<i>tri-sprintec</i>	106	UPTRAVI	66
TRIUMEQ	29	UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	66
TRIUMEQ PD	29	UREA	188
TRI-VI-SOL A/C/D	188	<i>urinary pain relief</i>	188
<i>tri-vite/fluoride</i>	138	<i>uristat ultra/cranberry</i>	188
TRI-VITE/FLUORIDE	188	<i>ursodiol</i>	119
<i>trivora-28</i>	106	V	
<i>tri-vylibra</i>	106	VACÍA TAMAÑO 1 AZUL/POLVO AZUL	173
<i>tri-vylibra lo</i>	106	<i>vagisil</i>	188
TROGARZO	27	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	31
TROPHAMINE	143	VALCHLOR	161
<i>trospium chloride</i>	122	<i>valganciclovir</i>	31
<i>trospium chloride er</i>	122	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	31
<i>trubiotics digestive + immune health</i>	188	<i>valproate sodium</i>	86
<i>trubiotics kids</i>	188	<i>valproic acid</i>	86
<i>true oyster shell calcium</i>	188	<i>valsartan</i>	56
<i>truetrack glucose controllow</i>	188	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	55
TRULICITY	98	VALTOCO 5 MG DOSE	86
TRUMENBA	132	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	188	<i>valtya 1/35</i>	107
TRUSTEX NON-LUBRICATED	188	<i>valtya 1/50</i>	107
TRUXIMA	50	<i>vancomycin</i>	23
TUKYSA	50	VANCOMYCIN	23
TURALIO	50	<i>vancomycin hcl</i>	23
<i>turqoz</i>	106	VANCOMYCIN HCL	23
TUSNEL C	188	<i>vancomycin hydrochloride</i>	23
<i>tussin cough</i>	188	VANFLYTA	50
<i>tussin cough long-acting</i>	188	<i>vanicream</i>	188
TWINRIX	132	VAQTA	133
TYBLUME	106	<i>varenicline</i>	93
TYBOST	27	<i>varenicline mensual inicial</i>	93
<i>tydemy</i>	107	<i>varenicline tartrate</i>	93
TYENNE	128	VARIVAX	133
TYMLOS	99		
TYPHIM VI	132		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
VASCEPA	58	VIZIMPRO	51
<i>vaseline constant care crema</i>	188	<i>volnea</i>	107
VAXCHORA.....	133	VONJO	51
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM.....	189	VOQUEZNA DUAL PAQ.	119
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL.....	189	VOQUEZNA TRIPLE PAQ.	120
<i>velivet</i>	107	VORANIGO	51
VELSIPITY	128	<i>voriconazole</i>	24, 25
VENCLEXTA.....	51	VORICONAZOLE	24
VENCLEXTA PAQ. INICIAL.....	51	VOSEVI.....	31
VENLAFAXINE BESYLATE ER.....	72	VOWST	120
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	72	VRAYLAR.....	80
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	72	<i>vyfemla</i>	107
VEPPANU	40	<i>vylibra</i>	107
<i>verapamil</i>	62	VYNDAMAX.....	64
<i>verapamil hcl er</i>	62	VYZULTA.....	147
<i>verapamil hcl sr</i>	62		
VERAPAMIL HCL SR.....	62	W	
<i>verapamil hydrochloride</i>	62	<i>warfarin</i>	124
<i>verapamil hydrochloride er</i>	62	<i>wart remover maximum strength</i>	189
VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR	62	WEGOVY	113
VERQUVO.....	64	WELIREG.....	41
VERSACLOZ.....	80	<i>wera</i>	107
VERZENIO.....	51	WESTAB PLUS.....	138
<i>vestura</i>	107	WINREVAIR	66
<i>vicks dayquil cold & flu</i>	189	<i>wixela inhub</i>	154
<i>vienva</i>	107	<i>wymzya fe</i>	107
<i>vigabatrin</i>	86	WYOST	99
<i>vigadrone</i>	86		
VIGAFYDE	86	X	
VIKTRAVI.....	51	XALKORI.....	51
<i>vilazodone hydrochloride</i>	72	XANTHAN GUM	189
VIMKUNYA.....	133	<i>xarah fe</i>	107
<i>viorele</i>	107	XARELTO	124
VIRACEPT	27	XARELTO PAQ. INICIAL.....	124
VIREAD	28	XATMEP.....	129
VITAMIN A/C/D INFANT/TODDLER.....	189	XCOPRI.....	87
<i>vitamin b-6</i>	189	XCOPRI PAQUETE PARA TRATAMIENTO DE	
<i>vitamin b-12</i>	189	MANTENIMIENTO	87
<i>vitamin c</i>	189	XCOPRI TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO DE	
<i>vitamin d</i>	189	AJUSTE DE LA DOSIS.....	86
<i>vitamin d-3</i>	189	XCOPRI TABLETA PAQUETE PARA	
<i>vitamin d3</i>	189	TRATAMIENTO DE AJUSTE DE LA DOSIS.....	86
<i>vitamin d3 gummies</i>	189	XDEMVI	145
VITAMINS A/C/D/FLUORIDE	189	<i>xelria fe</i>	107
VITRAKVI	51	XERMELO	120
VIVITROL.....	93	XHANCE PARA EXHALADOR.....	153
VIVOTIF.....	133	XIFAXAN.....	23, 120

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
XIGDUO XR	99	<i>zonisamida</i>	87
XIIDRA	147	<i>zonisamide</i>	87
XOLAIR	152	<i>zovia 1/35</i>	107
XOSPATA	51	ZTALMY	87
XPOVIO	52	<i>zumandimine</i>	107
XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA	52	ZURZUVAE	72
XPOVIO 80 MG DOS VECES POR SEMANA	52	ZYDELIG	52
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA	52	ZYKADIA	52
XTANDI	40	ZYMFENTRA 2 JERINGAS	129
<i>xulane</i>	107	ZYMFENTRA 2-PEN	129
XULTOPHY	96	ZYPREXA RELPREVV	80
Y			
YESINTEK	129		
YF-VAX	133		
YONSA	40		
<i>yulithira</i>	52		
<i>yumvskids probiotic zero</i>	189		
<i>yumvs probiotics zero</i>	189		
<i>yum-yum dophilus</i>	189		
<i>yum-yum dophilus probiotic</i>	189		
<i>yuvafem</i>	109		
Z			
<i>zafemy</i>	107		
<i>zafirlukast</i>	151		
<i>zaleplon</i>	89		
ZARXIO	125		
ZEJULA	52		
ZELBORAF	52		
<i>zelvysia</i>	113		
<i>zenatane</i>	155		
ZENBEXUS	40		
ZENPEP	120		
<i>zenzedi</i>	88		
ZERVIAE	146		
<i>zidovudine</i>	28		
<i>zinc oxide</i>	189		
<i>ziprasidone hcl</i>	80		
<i>ziprasidone mesylate</i>	80		
ZIRABEV	52		
ZIRGAN	145		
<i>zoledronic acid</i>	100		
ZOLEDRONIC ACID	99		
ZOLINZA	52		
<i>zolpidem tartrate</i>	89		
ZONISADE	87		

Notice of Availability (NOA)

TTY: [711](tel:711)

To access language assistance services and appropriate auxiliary aids and services at no cost to you, call **1-844-362-0934**. (English)

የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶችን እና ተገቢ የሆኑ ረዳት መሣሪያዎችንና አገልግሎቶችን ያለ ምንም ክፍያ ለማግኘት፣ በ **1-844-362-0934** ይደውሉ። (Amharic)

للوصول إلى خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات والخدمات المساندة المناسبة دون أي تكلفة عليك، اتصل بالرقم **1-844-362-0934** (Arabic)

如欲獲得免費的語言輔助服務以及適當的輔助工具和服務，請致電 **1-844-362-0934**。(Chinese)

Pou w jwenn aksè ak sèvis asistans lang ansanm ak èd ak sèvis oksilyè apwopriye san w pa peye anyen, rele **1-844-362-0934**. (French Creole)

Pour accéder aux services d'assistance linguistique et aux aides et services auxiliaires appropriés sans frais à votre charge, appelez le **1-844-362-0934**. (French)

Um Sprachunterstützung sowie geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen kostenlos in Anspruch zu nehmen, rufen Sie bitte folgende Nummer an: **1-844-362-0934**. (German)

તમારા માટે વિના મૂલ્યે ભાષા સહાય સેવાઓ અને યોગ્ય સહાયક સાધનો તથા સેવાઓ મેળવવા માટે, **1-844-362-0934** પર કોલ કરો. (Gujarati)

No ke komo 'ana i nā lawelawe kōkua 'ōlelo a me nā kōkua kōkua kūpono me ka uku 'ole iā 'oe, e kelepona mai **1-844-362-0934**. (Hawaiian)

Kom siv tau cov kev pab cuam txhais lus thiab cov khoom pab kom hnov lus thiab cov kev pab cuam yam tsis sau nqi ntawm koj, hu **1-844-362-0934**. (Hmong)

Contattare telefonicamente per accedere, senza costi aggiuntivi, ai servizi di assistenza linguistica e ad idonei aiuti ausiliari il numero **1-844-362-0934**. (Italian)

言語支援サービスや適切な補助具やサービスを無料で利用するには、**1-844-362-0934**までお電話ください。 (Japanese)

လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်သ့ၣ်က့ၢ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲးတၢ်မၤတဖၣ်ဒီးတၢ်မၤစၢၤလၢအကဲထီၣ်သ့ၣ်လၢအဖဲးမံတဖၣ်ဒီးတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတလိၣ်နဟ့ၣ်အပူၤအဂီၢ်န့ၣ်,ကိးဘၣ် **1-844-362-0934**. (Karen)

ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា និងការគាំទ្រ និងសេវាកម្មបន្ថែមសមរម្យដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-844-362-0934** ។ (Khmer)

언어 지원 서비스와 적절한 보조 지원 및 서비스를 무료로 이용하시려면 **1-844-362-0934** 번으로 전화해 주시기 바랍니다. (Korean)

ພື່ອເຂົ້າເຖິງການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ແລະ ອຸປະກອນຊ່ວຍໃນການຟັງ ແລະ ການບໍລິການອື່ນໆ ໂດຍທ່ານບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ, ໃຫ້ໂທຫາ **1-844-362-0934**. (Lao)

Tajaajilawwan gargaarsa afaanii fi tajaajilawwan gargaarsaa dabalataa mijaawaa ta'an kaffaltii tokko malee argachuuf, bilbilaa **1-844-362-0934**. (Oromo)

برای دسترسی رایگان به خدمات کمک زبانی و وسایل و خدمات کمکی مناسب، با شماره **1-844-362-0934** تماس بگیرید (Persian).

Aby skorzystać z usług pomocy językowej oraz odpowiednich środków pomocniczych i usług bez ponoszenia żadnych kosztów, zadzwoń pod numer **1-844-362-0934**. (Polish)

Para acceder, sem custos para si, a serviços de assistência linguística e a auxílios e serviços de apoio adequados, ligue para **1-844-362-0934**. (Portuguese)

Чтобы бесплатно воспользоваться услугами языковой поддержки, а также соответствующими вспомогательными средствами и услугами, позвоните по номеру телефона **1-844-362-0934**. (Russian)

Para tener acceso a los servicios de asistencia en otros idiomas y a las ayudas y servicios auxiliares adecuados sin costo para usted, llame al **1-844-362-0934**. (Spanish)

Upang ma-access ang mga serbisyo sa tulong sa wika at mga angkop na pantulong na kagamitan at serbisyo nang hindi ka gagastos, tawagan ang **1-844-362-0934**. (Tagalog)

หากต้องการเข้าถึงบริการช่วยเหลือด้านภาษาและอุปกรณ์ช่วยเหลืออื่น ๆ ที่เหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อ **1-844-362-0934** (Thai)

Để tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, công cụ hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp miễn phí dành cho quý vị, hãy gọi **1-844-362-0934**. (Vietnamese)

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 10/15/2026. 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 estándar del este, los 7 días de la semana, **o visite**

AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary

Contrato/PBP: H6399-001



AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary