

Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)
Lista de medicamentos cubiertos 2025
(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: 25101, Versión 17

Este formulario se actualizó el 07/01/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-463-0933** y los usuarios de TTY deben llamar al: **711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, o visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary).



Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también se conoce como Lista de medicamentos). Le informa qué medicamentos con receta y de venta libre (OTC) y productos que no sean medicamentos están cubiertos por nuestro plan. La Lista de medicamentos también indica si hay alguna norma o restricción especial respecto de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Descargos de responsabilidad	3
B. Preguntas frecuentes	4
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> “ <i>Lista de medicamentos</i> ”).....	4
B2. ¿Se modifica la <i>Lista de medicamentos</i> en algún momento?.....	4
B3. ¿Qué sucede cuando la <i>Lista de medicamentos</i> cambia?.....	5
B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?.....	6
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?.....	7
B6. ¿Qué sucede si el plan modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (Por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado).....	7
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	7
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	8
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo del plan y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> , o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?	8
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?.....	9
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	9
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?.....	9
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	9
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	10
B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?.....	10
B16. ¿Cubre nuestro plan productos OTC que no sean medicamentos?.....	10
B17. ¿Cubre nuestro plan suministros de medicamentos con receta a largo plazo?.....	10

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)**



B18. ¿Puedo recibir medicamentos con receta en mi casa desde mi farmacia local?	10
B19. ¿Cuál es mi copago?.....	11
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	12
C1. Lista de medicamentos por afección médica.....	13
D. Índice de medicamentos cubiertos	212



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en nuestro plan.

- ❖ Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) is a Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan with a Medicare contract and a contract with the New Jersey Medicaid program. Enrollment in Aetna Assure Premier Plus depends on contract renewal. See Evidence of Coverage for a complete description of plan benefits, exclusions, limitations, and conditions of coverage.
- ❖ Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan totalmente integrado de necesidades especiales de doble elegibilidad con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de New Jersey. La inscripción en Aetna Assure Premier Plus depende de la renovación del contrato.
- ❖ Aetna Medicare 是一項簽有 Medicare 合約的 PDP、HMO、PPO 計劃。我們的特殊需求計劃 (SNP) 也與州的 Medicaid 計劃簽有合約。能否參保我們的計劃視合約續簽情況而定。
- ❖ Siempre puede consultar la Lista de medicamentos cubiertos actualizada en línea en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary) o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933 (TTY:711)**. Esta llamada es gratuita.
- ❖ **Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933 (TTY:711)**. Esta llamada es gratuita.**
- ❖ Para realizar o cambiar una solicitud permanente para recibir este documento, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en otro formato, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.
- ❖ Tenemos servicios gratuitos de interpretación para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al **1-855-463-0933**. Este es un servicio gratuito.
- ❖ Este documento está disponible sin cargo en español, árabe y vietnamita.
- ❖ Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Los proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios.

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



B. Preguntas frecuentes

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

B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviarla, denominamos a la *Lista de medicamentos cubiertos* “*Lista de medicamentos*”).

Los medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la Sección C1 son los medicamentos cubiertos por nuestro plan. 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”.

- Nuestro plan cubrirá todos los medicamentos que sean médicamente necesarios de la *Lista de medicamentos* bajo las siguientes condiciones:
 - Si su médico u otra persona le indica que los necesita para sentirse mejor o mantenerse saludable;
 - Si nuestro plan acepta que el medicamento es médicamente necesario para usted; y
 - Usted obtiene el medicamento con receta en una farmacia de la red del plan.
- En algunos casos, debe hacer algo antes de obtener un medicamento. Para obtener más información, consulte la pregunta B4.

También puede encontrar la lista actualizada de medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary) o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (TTY: [711](tel:711)).

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

Sí, y nuestro plan debe seguir las normas de Medicare y Cardinal Care al hacer cambios. Es posible que incorporemos o eliminemos medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año.

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

- Decidir solicitar o no solicitar la autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es una autorización de nuestro plan antes de que pueda obtener un medicamento).
- Incorporar o modificar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límites de cantidad”).
- Incorporar o modificar restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. (El tratamiento escalonado significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: [711](tel:711)), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

- Aparece en el mercado un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficaz que el medicamento que actualmente figura en la Lista de medicamentos; **o**
- Nos enteramos de que el medicamento no es seguro; **o**
- Un medicamento se elimina 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 del plan en línea en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/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 1-855-463-0933 (TTY:**711**) para consultar la *Lista de medicamentos* actual.

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



- Comuníquese con la persona autorizada a dar recetas si el medicamento que toma es eliminado de la Lista de medicamentos.

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

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* cuando agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado. O bien
- Eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar. O bien
- Cambiamos las normas o límites de cobertura para el medicamento de marca.
- Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:
 - Se lo notificaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en la *Lista de medicamentos*; **o bien**
 - Se lo informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite un resurtido.

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

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

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

Sí, algunos medicamentos tienen normas de cobertura o limitaciones en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted o 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 nuestro plan antes de obtener su medicamento con receta. Una autorización previa es diferente a una remisión. Es posible que nuestro plan no cubra el medicamento si no obtiene la autorización previa.
- **Límites de cantidad:** Algunas veces, nuestro plan limita la cantidad de un medicamento que puede obtener.
- **Tratamiento escalonado:** A veces nuestro plan solicita que haga un tratamiento escalonado. Esto significa que usted deberá probar medicamentos en un determinado orden para su afección médica. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. En virtud de la ley de Virginia, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe documentar oralmente o por escrito por qué considera que el primer medicamento no es eficaz para usted y solicitar que se cubra el otro medicamento.



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando las tablas en la Sección C1. También puede obtener más información en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/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 de 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 en la *Lista de medicamentos* por afección médica tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué sucede si el plan 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
- Puede buscar por afección médica.

Para buscar **por orden alfabético**, busque su medicamento en la sección Índice de medicamentos cubiertos. Podrá encontrarlo en la página 212. 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*. Los medicamentos de marca y los genéricos así como los medicamentos de venta libre (OTC) se encuentran en el Índice.

Para buscar por **afección médica**, busque la Sección C1 titulada “Lista de medicamentos por afección médica”. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que estén acostumbrados a tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Cardiovascular”. Allí encontrará los medicamentos que sirven para tratar las afecciones cardíacas.

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



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

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933 (TTY:711)** y pregunte por él. Si le informan que nuestro plan 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, muéstrele la lista a su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden recetarle un medicamento de la *Lista de medicamentos* que sea similar al que desea tomar. **O bien,**
- Puede solicitarle al plan realizar una excepción y cubrir el medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo del plan y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de medicamentos*, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?

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

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

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

- Si toma un medicamento que no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos*; **o**
- Si las normas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad solicitada por la persona autorizada a dar recetas; **o**
- Si el medicamento requiere autorización previa de nuestro plan; **o**
- Si toma un medicamento que forma parte de una restricción de tratamiento escalonado.

Si está tomando un medicamento que nuestro plan no considera ser un medicamento de la Parte D, usted tiene derecho a obtener un suministro de emergencia de 72 horas del medicamento por única vez.

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

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta por menos días), independientemente de que sea o no un miembro nuevo del plan.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)**

Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

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

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

Sí. Puede solicitarle a nuestro plan que haga una excepción para cubrir un medicamento que no figure en la *Lista de medicamentos*.

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

- Por ejemplo, nuestro plan puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitarnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que omitamos las restricciones de tratamiento escalonado o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de recibir una declaración de la persona autorizada a darle recetas que respalde su solicitud de una excepción, le informaremos nuestra decisión en el plazo de 72 horas. Para presentar una declaración, usted o la persona autorizada a dar recetas puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana o visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary).

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

Nuestro plan cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/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, según las leyes estatales, podrían sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir los medicamentos de marca.

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

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

La sigla en inglés OTC significa “de venta libre”. Nuestro plan cubre algunos medicamentos de OTC cuando su proveedor los receta. Puede leer la Lista de medicamentos del plan para averiguar qué medicamentos OTC están cubiertos.

B16. ¿Cubre nuestro plan productos OTC que no sean medicamentos?

Nuestro plan cubre algunos medicamentos de OTC cuando su proveedor los receta. Un ejemplo de productos de venta libre que no sean medicamentos incluye los preservativos. Para más información, póngase en contacto con su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros.

B17. ¿Cubre nuestro plan suministros de medicamentos con receta a largo plazo?

- **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).

B18. ¿Puedo recibir medicamentos con receta en mi casa desde mi farmacia local?

Es posible que su farmacia local pueda entregarle los medicamentos con receta en su domicilio. Puede llamar a su farmacia para saber si ofrecen envío a domicilio.



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

B19. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros del plan no tienen copagos por los medicamentos con receta, siempre y cuando el miembro siga las normas del plan.

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**.



C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. 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 nuestro plan.

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

QL: Límites de cantidad: para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá.
PA: Autorización previa: Nuestro plan exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no tiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
ST: Tratamiento escalonado: En algunos casos, nuestro plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces 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 en virtud de la Parte B o la Parte D. Es posible que deba presentarse información sobre la administración del medicamento o el lugar en el que se recibirá para determinar la cobertura.
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 tiene 65 años de edad o más. Si está tomando uno de estos medicamentos, consulte a su médico si hay opciones más seguras disponibles.
OTC: venta libre. Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) cubre algunos medicamentos OTC cuando su proveedor los receta.



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)**

C1. Lista de medicamentos por afección médica

Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que estén acostumbrados a tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe mirar la categoría, cardiovascular. Allí encontrará los medicamentos que sirven para tratar las afecciones cardíacas.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos figuran en los medicamentos genéricos enumerados en los casos inferiores (por ejemplo, *levothyroxine*), los medicamentos de marca se capitalizan (por ejemplo, SYNTH EAGLE), La información en la columna "Acciones, restricciones o límites de uso" le dice si nuestro plan tiene normas para cubrir su medicamento.

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>tramadol hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
ANALGÉSICOS OPIOIDES, ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>acetaminophen/codeine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>acetaminophen/codeine solución 120 mg/5 ml; 12 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2700 ml por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>butorphanol tartrate solución nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (5 ml por 30 días) MO
CODEINE SULFATE TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>endocet</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate pastilla transmucosa oral en un mango 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>fentanyl citrate pastilla transmucosa oral en un mango 1600 µg, 400 µg, 800 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solución 325 mg/15 ml; 10 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2700 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solución 325 mg/15 ml; 7.5 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2700 ml por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tableta 300 mg; 10 mg, 300 mg; 5 mg, 300 mg; 7.5 mg, 325 mg; 10 mg, 325 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tableta 325 mg; 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días)



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocodone/acetaminophen tableta 7.5 mg; 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 c/u por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ml por 30 días) MO
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 0.25 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>morphine sulfate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
MORPHINE SULFATE INYECCIÓN 10 MG/ML (IV AMPOLLA E IV PF CARPUJECT), 2 MG/ML (IM O IV PF CARPUJECT, IM O IV PF AMPOLLA, E IM O IV JERINGA PRECARGADA), 4 MG/ML (IV AMPOLLA E IV PF CARPUJECT), 50 MG/ML (IV O IM PF AMPOLLA), 5 MG/ML (IV O IM PF AMPOLLA), 8 MG/ML (IV AMPOLLA E IV PF CARPUJECT)	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>morphine sulfate inyección 0.5 mg/ml, 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 50 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>morphine sulfate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>morphine sulfate solución oral 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate solución oral 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride concentrado</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxycodone hydrochloride tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone/acetaminophen tableta 325 mg; 10 mg, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM

ANTIINFECCIOSOS**ANTIINFECCIOSOS: VARIOS**

<i>albendazole</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amikacin sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ARIKAYCE	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>atovaquone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>aztreonam</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CAYSTON	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>clindamycin hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clindamycin hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clindamycin palmitate hcl solución 75 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate inyección 300 mg/2 ml, 900 mg/60 ml, 900 mg/6 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate inyección 600 mg/4 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>colistimethate sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>dapsone tableta 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	\$0 para el Nivel 1	
DAPTOMYCIN INYECCIÓN 350 MG	\$0 para el Nivel 1	
<i>daptomycin inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
EMVERM	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 365 días) MO
<i>ertapenem sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gentamicin sulfate inyección pediátrica 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride inyección 1.2 mg/ml; 0.9 %, 1 mg/ml; 0.9 % 2 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride inyección 1.6 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gentamicin sulfate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>imipenem/cilastatin</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
IMPAVIDO	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA MO
<i>isotonic gentamicin</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ivermectin tableta 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 90 días) PA MO
<i>ivermectin tableta 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 90 días) PA MO
<i>linezolid tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) MO
<i>linezolid suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) MO
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 600 MG/300 ML; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	PA

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>linezolid inyección 600 mg/300 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>meropenem</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methenamine hippurate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methenamine mandelate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole cápsula 375 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole inyección 500 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>metronidazole tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitazoxanide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (6 EA por 30 días) MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pentamidine isethionate solución de inhalación reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>pentamidine isethionate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>praziquantel</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pyrimethamine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
SIVEXTRO INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
SIVEXTRO TABLETA	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>streptomycin sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfadiazine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>voriconazole suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>voriconazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>voriconazole tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 EA por 30 días) MO
ANTIPALÚDICOS		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chloroquine phosphate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
COARTEM	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mefloquine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>primaquine phosphate</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>quinine sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
APTIVUS	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atazanavir</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atazanavir sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>darunavir tableta 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>darunavir tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
EDURANT	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>efavirenz tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREZISTA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
REYATAZ PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ritonavir</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
RUKOBIA	\$0 para el Nivel 1	MO
SELZENTRY	\$0 para el Nivel 1	MO
SUNLENCA TABLETA	\$0 para el Nivel 1	LD
SUNLENCA TABLETA PAQUETE DE TRATAMIENTO	\$0 para el Nivel 1	MO; LD
SUNLENCA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (3 ML por 180 días) MO; LD
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TIVICAY PD	\$0 para el Nivel 1	MO
TIVICAY TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
TIVICAY TABLETA 25 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
TROGARZO	\$0 para el Nivel 1	MO; LD
TYBOST	\$0 para el Nivel 1	MO
VIRACEPT	\$0 para el Nivel 1	MO
VIREAD POLVO, TABLETA 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>zidovudine cápsula, jarabe</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>zidovudine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
COMBINACIÓN DE ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfato/lamivudine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



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

 **Si tiene preguntas**, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRACLUDE SOLUCIÓN ORAL	\$0 para el Nivel 1	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>entecavir</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
EPCLUSA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>famciclovir tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 30 días) MO
<i>famciclovir tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ganciclovir</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
HARVONI	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>lamivudine tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LIVTENCITY	\$0 para el Nivel 1	QL (336 EA por 28 días) PA; LD
MAVYRET	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>oseltamivir phosphate cápsula 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (168 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate cápsula 45 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1080 ML por 365 días) MO
PAXLOVID TABLETA PAQUETE DE TRATAMIENTO DE 5 DÍAS 150 MG; 100 MG Y 300 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (22 EA por 180 días)
PAXLOVID TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 150 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (40 EA por 180 días) MO
PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 180 días) MO
PEGASYS	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
PREVYMIS PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA
PREVYMIS TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RELENZA DISKHALER	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 365 días) MO
<i>ribavirin cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>ribavirin tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>rimantadine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>valganciclovir hydrochloride solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>valganciclovir tableta 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VOSEVI	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
CEFALOSPORINAS		
CEFACLOR ER	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefactor suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefactor cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefadroxil</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 1 G/50 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 1	
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 100 G, 300 G	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefazolin sodium inyección intravenosa 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefazolin sodium inyección 10 g (solo intravenosa), 1 g (intramuscular o intravenosa), 500 mg (intramuscular o intravenosa)</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CEFAZOLIN/DEXTROSE	\$0 para el Nivel 1	
CEFAZOLIN INYECCIÓN 2 G/100 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CEFAZOLIN INYECCIÓN INTRAVENOSA DE DOSIS ÚNICA EN AMPOLLA 2 G, 3 G	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefazolin inyección intramuscular o intravenosa 3 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefazolin inyección intramuscular o intravenosa 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefđinir</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefepime inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefixime cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefixime suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefotetan inyección 1 g/10 ml, 2 g/20 mll</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefoxitin sodium inyección 1 g, 10 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefprozil</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ceftazidime inyección 6 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ceftazidime inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	\$0 para el Nivel 1	
CEFTRIAZONE SODIUM INYECCIÓN 100 G	\$0 para el Nivel 1	
<i>ceftriaxone sodium inyección intravenosa 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ceftriaxone sodium inyección 10 g (solo intravenosa), 1 g (intramuscular o intravenosa), 250 mg (intramuscular o intravenosa), 2 g (intramuscular o intravenosa), 500 mg (intramuscular o intravenosa)</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefuroxime axetil tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefuroxime sodium inyección 1.5 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefuroxime sodium inyección 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin cápsula 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin suspensión reconstituida, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tazicef</i>	\$0 para el Nivel 1	
TEFLARO	\$0 para el Nivel 1	
<i>ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS</i>		
AZITHROMYCIN PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>azithromycin tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>azithromycin suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>azithromycin inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clarithromycin er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clarithromycin tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clarithromycin suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DIFICID SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	
DIFICID TABLETA	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin base</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin dr</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin ethylsuccinate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erythromycin lactobionate</i>	\$0 para el Nivel 1	
FLUOROQUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl tableta 100 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección 200 mg/100 ml; 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección 400 mg/200 ml; 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levofloxacin in d5w</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levofloxacin inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levofloxacin solución oral 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levofloxacin tableta 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>moxifloxacin hydrochloride inyección 400 mg/250 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>moxifloxacin hydrochloride tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PENICILINAS		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspensión reconstituida 200 mg/5 ml; 28.5 mg/5 ml, 400 mg/5 ml; 57 mg/5 ml, 600 mg/5 ml; 42.9 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspensión reconstituida 250 mg/5 ml; 62.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta 500 mg; 125 mg, 875 mg; 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta 250 mg; 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin cápsula, tableta masticable, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin suspensión reconstituida 400 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ampicillin cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ampicillin sodium inyección 10 g, 125 mg, 1 g i.v., 250 mg, 2 g i.v.</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ampicillin sodium inyección 1 g, 2 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ampicillin-sulbactam</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ampicillin/sulbactam</i>	\$0 para el Nivel 1	
BICILLIN L-A	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dicloxacillin sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
EXTENCILLINE	\$0 para el Nivel 1	
LENTOCILIN	\$0 para el Nivel 1	
<i>nafcillin sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nafcillin sodium inyección 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nafcillin sodium inyección 10 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>oxacillin sodium inyección 10 g, 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>penicillin g potassium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	\$0 para el Nivel 1	
<i>penicillin g sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>penicillin v potassium tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>penicillin v potassium solución reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100 inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline hyclate cápsula 100 mg, 50 mg, tableta 100 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline hyclate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline monohydrate cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline monohydrate cápsula 100 mg, 150 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline monohydrate tableta 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline monohydrate tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline suspensión reconstituida 25 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>minocycline hcl cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>minocycline hcl tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	ST MO
<i>minocycline hydrochloride cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>minocycline hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	ST MO
<i>mondoxyne nl</i>	\$0 para el Nivel 1	
NUZYRA	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
<i>tetracycline hydrochloride cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tigecycline</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
<i>ALQUILANTES</i>		
CYCLOPHOSPHAMIDE TABLETA	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>cyclophosphamide cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
GLEOSTINE CÁPSULA 10 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS
GLEOSTINE CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS
LEUKERAN	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ANTIMETABOLITOS</i>		
INQOVI	\$0 para el Nivel 1	QL (5 EA por 28 días) PA; ACS LD
LONSURF	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>mercaptopurine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mercaptopurine suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>methotrexate sodium inyección pf 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methotrexate sodium inyección 1 g/40 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>methotrexate sodium inyección 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methotrexate sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
ONUREG	\$0 para el Nivel 1	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS LD
PURIXAN	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
TABLOID	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS HORMONALES</i>		
<i>abiraterone acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>abirtega</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
AKEEGA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>anastrozole</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bicalutamide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ELIGARD	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
EMCYT	\$0 para el Nivel 1	MO
ERLEADA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
EULEXIN	\$0 para el Nivel 1	
<i>exemestane</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FIRMAGON INYECCIÓN 80 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
FIRMAGON INYECCIÓN 120 MG/AMPOLLA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>letrozole</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>leuprolide acetate inyección 1 mg/0.2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LUPRON DEPOT (1 MES) INYECCIÓN 3.75 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LUPRON DEPOT (3 MESES) INYECCIÓN 11.25 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LYSODREN	\$0 para el Nivel 1	LD
<i>megestrol acetate tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nilutamide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NUBEQA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ORGOVYX	\$0 para el Nivel 1	PA; LD



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ORSERDU TABLETA 345 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
ORSERDU TABLETA 86 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
SOLTAMOX	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tamoxifen citrate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>toremifene citrate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
XTANDI	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide cápsula 20 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>lenalidomide cápsula 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
POMALYST	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
VARIOS		
ASPARLAS	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
BESREMI	\$0 para el Nivel 1	QL (2 ML por 28 días) PA; LD
<i>bexarotene cápsula 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>hydroxyurea</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
IWILFIN	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
MATULANE	\$0 para el Nivel 1	LD

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ONCASPAR	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>tretinoin cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
WELIREG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
FÁRMACOS DIRIGIDOS MOLECULARES		
ALECENSA	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ALUNBRIG TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
ALUNBRIG TABLETA 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
ALUNBRIG TABLETA 180 MG, 90 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
AUGTYRO CÁPSULA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
AUGTYRO CÁPSULA 160 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
AYVAKIT	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
BALVERSA TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
BALVERSA TABLETA 4 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
BALVERSA TABLETA 3 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
BOSULIF CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 25 días) PA; ACS
BOSULIF CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS
BOSULIF TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
BOSULIF TABLETA 400 MG, 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
BRAFTOVI CÁPSULA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
BRUKINSA	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CABOMETYX	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
CALQUENCE	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
CAPRELSA TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
CAPRELSA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
COMETRIQ KIT 140 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 100 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 60 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
COPIKTRA	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COTELLIC	\$0 para el Nivel 1	QL (63 EA por 28 días) PA; ACS LD
DANZITEN	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
<i>dasatinib tableta 100°mg, 140°mg, 50°mg, 70°mg, 80°mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>dasatinib tableta 20°mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
DAURISMO TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
DAURISMO TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ERIVEDGE	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>erlotinib hydrochloride tableta 100 mg, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>erlotinib hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>everolimus tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
EXKIVITY	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
FOTIVDA	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
GAVRETO	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>gefitinib</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
GILOTRIF	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
GOMEKLI TABLETA SOLUBLE	\$0 para el Nivel 1	QL (168 EA por 28 días) PA; LD
GOMEKLI CÁPSULA 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (126 EA por 28 días) PA; LD
GOMEKLI CÁPSULA 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
IBRANCE	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
ICLUSIG TABLETA 10 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
ICLUSIG TABLETA 15 MG, 45 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IDHIFA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>imatinib mesylate tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>imatinib mesylate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
IMBRUVICA SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (216 ML por 27 días) PA; LD
IMBRUVICA TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IMBRUVICA CÁPSULA 70 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMBRUVICA CÁPSULA 140 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
IMKELDI	\$0 para el Nivel 1	QL (280 ML por 28 días) PA; LD
INLYTA TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
INLYTA TABLETA 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
INREBIC	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 3 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
JAKAFI	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
JAYPIRCA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
JAYPIRCA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
KISQALI	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
KISQALI FEMARA DOSIS DE 200	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
KISQALI FEMARA DOSIS DE 400	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
KISQALI FEMARA DOSIS DE 600	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
KOSELUGO	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
KRAZATI	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>lapatinib ditosylate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
LAZCLUZE TABLETA 240°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
LAZCLUZE TABLETA 240°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LORBRENA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
LORBRENA TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 240 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 120 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 320 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
LYNPARZA	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 16 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (140 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 12 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
MEKINIST SOLUCIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	QL (1260 ML por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 0.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKTOVI	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NERLYNX	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
NINLARO	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ODOMZO	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
OGSIVEO TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
OGSIVEO TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
OJEMDA TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (24 EA por 28 días) PA; LD
OJEMDA SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	QL (96 ML por 28 días) PA; LD
OJJAARA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
<i>pazopanib hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
PEMAZYRE	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 200 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS
PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS
PIQRAY 300 MG DOSIS DIARIA	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS
QINLOCK	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
RETEVMO CÁPSULA 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
RETEVMO CÁPSULA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
SORINE TABLETA 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
RETEVMO CÁPS. 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
REVUFORJ TABLETA 110 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
REVUFORJ TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REVUFORJ TABLETA 160 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
REZLIDHIA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>romidepsin inyección 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
ROMVIMZA	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) PA; LD
ROZLYTREK PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	QL (336 EA por 28 días) PA; ACS LD
ROZLYTREK CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
ROZLYTREK CÁPSULA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
RUBRACA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
RYDAPT	\$0 para el Nivel 1	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS
SCEMBLIX TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
SCEMBLIX TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (300 EA por 30 días) PA; ACS LD
SCEMBLIX TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>sorafenib tosylate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
SPRYCEL TABLETA 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
SPRYCEL TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
STIVARGA	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>sunitinib malate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
TABRECTA	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
TAFINLAR CÁPSULA	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
TAFINLAR TABLETA SOLUBLE	\$0 para el Nivel 1	QL (900 EA por 30 días) PA; ACS LD



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TAGRISSE	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
TASIGNA CÁPSULA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
TASIGNA CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
TAZVERIK	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
TECVAYLI	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
TEPMETKO	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
TIBSOVO	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>torpenz</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
TRUQAP	\$0 para el Nivel 1	QL (64 EA por 28 días) PA; LD
TRUXIMA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
TUKYSA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
TUKYSA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
TURALIO	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VANFLYTA	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA PAQUETE INICIAL	\$0 para el Nivel 1	QL (42 EA por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VERZENIO	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
VITRAKVI SOLUCIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 30 días) PA; ACS LD
VITRAKVI CÁPSULA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
VITRAKVI CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
VIZIMPRO	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
VONJO	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VORANIGO TABLETA 40°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
VORANIGO TABLETA 40°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
XALKORI CÁPSULA	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
XOSPATA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA	\$0 para el Nivel 1	QL (24 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO 80 MG DOS VECES POR SEMANA	\$0 para el Nivel 1	QL (32 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO TABLETA, PAQUETE DE TRATAMIENTO 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (16 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO UNA VEZ POR SEMANA 40 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO UNA VEZ POR SEMANA 80 MG, 100 MG, DOS VECES POR SEMANA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) PA; LD
ZEJULA TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZELBORAF	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZIRABEV	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ZOLINZA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ZYDELIG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZYKADIA	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
AGENTES PROTECTORES		
<i>leucovorin calcium tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mesna</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
MESNEX TABLETA	\$0 para el Nivel 1	MO
CARDIOVASCULARES		
COMBINACIONES DE INHIBIDOR DE LA ECA		
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 20 mg, 25 mg; 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>benazepril hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>captopril</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enalapril maleate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fosinopril sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lisinopril</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>moexipril hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>perindopril erbumine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinapril hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ramipril</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trandolapril</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ALDOSTERONA		
<i>eplerenone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
KERENDIA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>spironolactone tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ALFA-BLOQUEANTES		
<i>doxazosin mesylate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>prazosin hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terazosin hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terazosin hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMBINACIONES/ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tableta 32 mg; 12.5 mg, 32 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tableta 16 mg; 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBYCLOR	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ENTRESTO	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/amlodipine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 40 mg, 25 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil tableta 32 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil tableta 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EDARBI	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tableta 320 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tableta 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amiodarone hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>disopyramide phosphate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>dofetilide</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>flecainide acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LIDOCAINE HCL IN D5W	\$0 para el Nivel 1	
LIDOCAINE HCL INYECCIÓN 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>lidocaine hcl inyección 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
MULTAQ	\$0 para el Nivel 1	MO
NORPACE CR	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pacerone</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>propafenone hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propafenone hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propafenone hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinidine sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sorine</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>sotalol hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sotalol hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
<i>fenofibrate micronized</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fenofibrate cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fenofibrate tableta 145 mg, 160 mg, 40 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fenofibrate tableta 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fenofibric acid dr</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gemfibrozil</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-CoA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin sodium er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lovastatin</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pravastatin sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>rosuvastatin calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>simvastatin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cholestyramine light</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>colesevelam hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>colestipol hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ezetimibe</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
NEXLETOL	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
NEXLIZET	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>niacin</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>niacin er tableta de liberación prolongada 1000 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>niacin er tableta de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>niacor</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>prevalite</i>	\$0 para el Nivel 1	
REPATHA	\$0 para el Nivel 1	PA



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	\$0 para el Nivel 1	PA
REPATHA SURECLICK	\$0 para el Nivel 1	PA
VASCEPA	\$0 para el Nivel 1	MO
COMBINACIONES DE BETA BLOQUEANTE/DIURÉTICO		
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BETA BLOQUEANTES		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atenolol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>betaxolol hcl tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bisoprolol fumarate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bisoprolol fumarate tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>carvedilol phosphate er cápsula de liberación prolongada 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>carvedilol tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>labetalol hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>labetalol hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoprolol succinate er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoprolol tartrate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoprolol tartrate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nadolol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nebivolol hydrochloride tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nebivolol hydrochloride tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>pindolol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propranolol hcl solución oral, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propranolol hcl inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>propranolol hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propranolol hydrochloride solución oral, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>timolol maleate tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cartia xt</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>dilt-xr</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hcl cd cápsula de liberación prolongada 24 horas 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hcl er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hcl tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DILTIAZEM HCL INYECCIÓN 100 MG	\$0 para el Nivel 1	
<i>diltiazem hcl inyección 50 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diltiazem hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>felodipine er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isradipine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>matzim la</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nicardipine hcl cápsula 20 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nifedipine er tableta liberación prolongada 24 horas 30 mg (de liberación osmótica), 60 mg (de liberación osmótica), 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nifedipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nisoldipine er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tiadylt er cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tiadylt er cápsula de liberación prolongada 24 horas 420 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hcl er tableta de liberación prolongada 120 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hcl er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VERAPAMIL HCL SR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 360 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hcl sr cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hydrochloride er tableta de liberación prolongada 180 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>verapamil hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DIURÉTICOS		
<i>acetazolamide er cápsula de liberación prolongada</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>acetazolamide tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amiloride hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bumetanide tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bumetanide inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chlorthalidone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>furosemide solución oral, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>furosemide inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>indapamide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methazolamide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metolazone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>toremide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VARIOS		
<i>aliskiren</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clonidine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clonidine parche semanal 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>clonidine parche semanal 0.2 mg/24 h, 0.3 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) MO
CORLANOR SOLUCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
CORLANOR TABLETA	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>digox tableta 250 µg, 125 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
<i>digoxin solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>digoxin inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>digoxin tableta 125 µg, 250 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>digoxin tableta 62.5 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>droxidopa cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>droxidopa cápsula 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>guanfacine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>hydralazine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydralazine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ivabradine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metyrosine</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>midodrine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>minoxidil</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ranolazine er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VERQUVO	\$0 para el Nivel 1	PA MO
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate tableta 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide dinitrate tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide mononitrate er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NITRO-BID	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitroglycerin transdermal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NITROGLYCERIN INYECCIÓN 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual solución 0.4 mg/aerosol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitroglycerin tableta sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
<i>ambrisentan</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>bosentan tableta 62.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosentan tableta 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>epoprostenol sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D; ACS
OPSUMIT	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>sildenafil citrate tableta (genérico de Revatio)</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sildenafil inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1125 ML por 30 días) PA; ACS
<i>tadalafil tableta (genérico de Adcirca) 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
<i>ANSIOLÍTICOS</i>		
ALPRAZOLAM INTENSOL	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 30 días) MO; HRM
<i>alprazolam tableta 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>alprazolam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO; HRM
<i>bupirone hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bupirone hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam intensol</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 ML por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 ML por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam tableta 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxazepam</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>ANTIDEMENCIA</i>		
<i>donepezil hcl tableta que se desintegra</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>donepezil hcl tableta 23 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (200 ML por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>memantine hcl paq. de ajuste de la dosis</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (98 EA por 365 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>memantine hydrochloride solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (360 ML por 30 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
NAMZARIC CÁPSULA ER PAQ. DE TRATAMIENTO 24 HORAS	\$0 para el Nivel 1	
NAMZARIC CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rivastigmine tartrate cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rivastigmine sistema transdérmico</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>amoxapine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
AUVELITY	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tableta de liberación prolongada 24 horas 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tableta 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>clomipramine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>desipramine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>desvenlafaxine er tableta (genérico de Pristiq) de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>doxepin hcl cáps. 75 mg, concentrado 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>doxepin hydrochloride cápsula 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN RETARDADA 20 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN PROLONGADA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>duloxetine hcl (genérico de Irenka) cápsula 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>duloxetine hydrochloride (genérico de Cymbalta) cápsula 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
EMSAM	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>escitalopram oxalate solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>escitalopram oxalate tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 EA por 30 días) MO; HRM
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
FETZIMA CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 120 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
FETZIMA CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 20 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluoxetine dr cápsula de liberación retardada 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride solución, tableta (genérico de Prozac)</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>imipramine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>imipramine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
MARPLAN	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tableta 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tableta 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nefazodone hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nortriptyline hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>paroxetine hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 37.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>paroxetine hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO; HRM
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>phenelzine sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>protriptyline hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
RALDESY	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
<i>sertraline hcl tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hcl concentrado</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tranylcypromine sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trazodone hydrochloride tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trazodone hydrochloride tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trimipramine maleate cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
TRINTELLIX	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VENLAFAXINE BESYLATE ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 112.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>vilazodone hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ZURZUVAE CÁPSULA 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (14 EA por 14 días) PA; ACS LD
ZURZUVAE CÁPSULA 20 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 14 días) PA; ACS LD
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl solución, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amantadine hcl cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>benztropine mesylate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>benztropine mesylate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>bromocriptine mesylate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>entacapone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INBRIJA	\$0 para el Nivel 1	QL (300 EA por 30 días) PA; LD
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rasagiline mesylate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 12 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ropinirole hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>selegiline hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trihexyphenidyl hcl solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 720 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2.4 ML por 56 días) MO
ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 960 MG/3.2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.2 ML por 56 días) MO
ABILIFY MANTENA	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 28 días) MO; HRM
<i>aripiprazole tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COBENFY PAQUETE INICIAL	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 365 días) PA MO
FANAPT	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO;
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	\$0 para el Nivel 1	HRM
<i>fluphenazine decanoate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>fluphenazine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride elixir, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol decanoate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol lactate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol concentrado</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (3.5 ML por 180 días); HRM
1092 MG/3.5 ML		
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (5 ML por 180 días); HRM
1560 MG/5 ML		
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (0.25 ML por 28 días) MO; HRM
39 MG/0.25 ML		
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) MO; HRM
78 MG/0.5 ML		
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (0.75 ML por 28 días) MO; HRM
117 MG/0.75 ML		
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 156 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (1.5 ML por 28 días) MO; HRM
234 MG/1.5 ML		
INVEGA TRINZA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (0.88 ML por 90 días); HRM
273 MG/0.88 ML		
INVEGA TRINZA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (1.32 ML por 90 días); HRM
410 MG/1.32 ML		

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/better-health/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 546 MG/1.75 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.75 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 819 MG/2.63 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2.63 ML por 90 días); HRM
<i>loxapine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tableta 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tableta 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
NUPLAZID	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS HRM LD
<i>olanzapine tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (3 EA por 1 días) MO; HRM
<i>olanzapine tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paliperidone er tableta de liberación prolongada 24 horas 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paliperidone er tableta de liberación prolongada 24 horas 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>perphenazine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>pimozide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quetiapine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>quetiapine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbamazepine suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>carbamazepine tableta masticable 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbamazepine tableta masticable 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>clobazam suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>clobazam tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clorazepate dipotassium tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clorazepate dipotassium tableta 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
DIACOMIT CÁPSULA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT CÁPSULA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
<i>diazepam intensol</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
DIAZEPAM GEL RECTAL	\$0 para el Nivel 1	QL (5 EA por 30 días) MO; HRM
<i>diazepam concentrado</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1200 ML por 30 días) PA MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diazepam inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
DILANTIN	\$0 para el Nivel 1	MO
DILANTIN INFATABS	\$0 para el Nivel 1	MO
DILANTIN-125	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>divalproex sodium dr</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>divalproex sodium er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
EPIDIOLEX	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) PA; ACS LD
<i>epitol</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
EPRONTIA	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 30 días) PA MO
<i>ethosuximide cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ethosuximide solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>felbamate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FINTEPLA	\$0 para el Nivel 1	QL (360 ML por 30 días) PA; LD
<i>fosphenytoin sodium inyección 100 mg pe/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fosphenytoin sodium inyección 500 mg pe/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FYCOMPA SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (720 ml por 30 días) PA MO
FYCOMPA TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
FYCOMPA TABLETA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) cápsula 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NAYZILAM	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>oxcarbazepine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>oxcarbazepine suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>phenobarbital sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; HRM
<i>phenobarbital tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenobarbital elixir</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1500 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenytek</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>phenytoin suspensión oral, tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>phenytoin sodium cápsula de liberación prolongada</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>phenytoin sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>pregabalin cápsula 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 225 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>primidone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>roweepra</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>rufinamide suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2760 ML por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 EA por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 750 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VALTOCO DOSIS DE 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>vigabatrin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>vigadrone</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
VIGAFYDE	\$0 para el Nivel 1	QL (750 ML por 30 días) PA; LD
<i>vigpoder</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
XCOPRI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS 12.5 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) MO
XCOPRI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS 50 MG; 100 MG, 150 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) MO
XCOPRI PAQ. DE MANTENIMIENTO 100 MG; 150 MG, 150 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) MO
XCOPRI TABLETA 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
XCOPRI TABLETA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ZONISADE	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>zonisamide cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>zonisamida cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
ZTALMY	\$0 para el Nivel 1	QL (1100 ML por 30 días) PA; LD
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN		
<i>amphetamine/dextroamphetamine cápsula de liberación prolongada 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tableta 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine hydrochloride cápsula 10 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>atomoxetine cápsula 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride cápsula de liberación prolongada 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>guanfacine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>guanfacine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (la) cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Ritalin LA) 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Ritalin LA) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Ritalin LA) 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MIGRAÑA		
AIMOVIG	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 30 días) PA; ACS
<i>dihydroergotamine mesylate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>dihydroergotamine mesylate solución nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 30 días) PA MO
<i>eletriptan hydrobromide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (40 EA por 28 días) PA MO
<i>naratriptan hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (9 EA por 30 días) MO
NURTEC	\$0 para el Nivel 1	QL (16 EA por 30 días) PA MO
QULIPTA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>rizatriptan benzoate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan aerosol nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate resurtido</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (9 EA por 30 días) MO
UBRELVY	\$0 para el Nivel 1	QL (16 EA por 30 días) PA MO
VARIOS		
AUSTEDO XR PAQ. DE AJUSTE DE LA DOSIS PARA EL PACIENTE, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE TRATAMIENTO 12°MG; 18°MG; 24°MG; 30°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 365 días) PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 12 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 24 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLETA 12 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLETA 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>lithium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lithium carbonate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lithium carbonate er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NUEDEXTA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tableta de liberación prolongada 24 horas 330 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tableta de liberación prolongada 24 horas 165 mg, 82.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pyridostigmine bromide tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pyridostigmine bromide er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>riluzole</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tetrabenazine tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
<i>tetrabenazine tableta 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BAFIERTAM	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BETASERON	\$0 para el Nivel 1	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS
<i>dalfampridine er</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i> fingolimod hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i> glatiramer acetate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i> glatiramer acetate inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
<i> glatopa inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i> glatopa inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
KESIMPTA	\$0 para el Nivel 1	QL (6.4 ML por 365 días) PA; ACS LD
<i> teriflunomide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES		
<i> baclofen tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i> baclofen tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i> cloroxazone tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 c/u por 30 días) PA MO
<i> cyclobenzaprine hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i> dantrolene sodium cápsula 25 mg, 50 mg, 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i> tizanidine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i> tizanidine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA		
<i> armodafinil tableta 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i> armodafinil tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>modafinil tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
SODIUM OXYBATE	\$0 para el Nivel 1	QL (540 ML por 30 días) PA; LD
PSICOTERAPÉUTICOS-VARIOS		
<i>acamprosate calcium dr</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>buprenorphine hcl tableta sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tableta sublingual</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 12 mg; 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er tableta (sr) de liberación prolongada (para dejar de fumar), 12 horas, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>disulfiram</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naloxone hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naloxone hydrochloride aerosol nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naloxone hydrochloride inyección 0.4 mg/ml cartucho jeringa precargada, 2 mg/2 ml jeringa precargada</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>naloxone hydrochloride ampolla inyección 0.4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>naltrexone hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NICOTROL INHALADOR	\$0 para el Nivel 1	MO
NICOTROL NS	\$0 para el Nivel 1	QL (360 ML por 365 días) MO
<i>varenicline caja mensual inicial</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>varenicline tartrate tableta 1 mg, 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
VIVITROL	\$0 para el Nivel 1	ACS
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS		
ANDRÓGENOS		
<i>danazol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methyltestosterone</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>testosterone cypionate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>testosterone enanthate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>testosterone pump gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 G por 30 días) MO
<i>testosterone pump gel 2 % (10 mg/pulverización)</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>testosterone gel 1 % (25 mg/2.5 g, 50 mg/5 g)</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 G por 30 días) MO
<i>testosterone solución tópica</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS		
ADMELOG	\$0 para el Nivel 1	MO
ADMELOG SOLOSTAR	\$0 para el Nivel 1	MO
BD ALCOHOL SWABS	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA II/0.3 ML/31G X 5/16"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BASAGLAR KWIKPEN	\$0 para el Nivel 1	MO
BD INSULIN JERINGA SAFETYGLIDE/1 ML/29 G X 1/2"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA/0.5 ML/30 G X 1/2"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA/1 ML/31 G X 5/16"	\$0 para el Nivel 1	PA MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLOG MIX 70/30 (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLOG PENFILL	\$0 para el Nivel 1	MO
SOLIQUA 100/33	\$0 para el Nivel 1	QL (15 ML por 25 días) MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR	\$0 para el Nivel 1	MO
TOUJEO SOLOSTAR	\$0 para el Nivel 1	MO
TRESIBA	\$0 para el Nivel 1	MO
TRESIBA FLEXTOUCH	\$0 para el Nivel 1	MO
XULTOPHY 100/3.6	\$0 para el Nivel 1	QL (15 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
FARXIGA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>glimepiride tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glimepiride tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glipizide er tableta de liberación prolongada 24 horas 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide xl tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glipizide xl tableta de liberación prolongada 24 horas 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide/metformin hydrochloride tableta 2.5 mg; 500 mg, 5 mg; 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide/metformin hydrochloride tableta 2.5 mg; 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glipizide tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
GLYXAMBI	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 1000 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TABLETA DE LIBERACIÓN EXTENDIDA 24 HORAS 1000 MG; 50 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUVIA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JARDIANCE	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 2.5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
LIRAGLUTIDE	\$0 para el Nivel 1	QL (9 ML por 30 días) PA MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Glucophage XR) tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er tableta er de liberación prolongada 24 horas (genérico de Glucophage XR) 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Fortamet y Glumetza) tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>metformin hydrochloride tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tableta 1000 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 c/u por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRADJENTA	\$0 para el Nivel 1	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 1	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 12.5 MG; 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 2.5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
TRULICITY	\$0 para el Nivel 1	QL (2 ML por 28 días) PA
VICTOZA	\$0 para el Nivel 1	QL (9 ML por 30 días) PA MO
XIGDUO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 10 MG; 1000 MG, 10 MG; 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
XIGDUO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 1000 MG, 5 MG; 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>alendronate sodium tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>alendronate sodium tableta 35 mg, 70 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>calcitonin-salmon aerosol nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ibandronate sodium tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 30 días) MO
<i>ibandronate sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (3 ML por 90 días) MO
PAMIDRONATE DISODIUM INYECCIÓN 6 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>pamidronate disodium inyección 30 mg/10 ml, 90 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
PROLIA	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 180 días); ACS
<i>risedronate sodium dr tableta de liberación retardada 35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



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

 **Si tiene preguntas**, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>azurette</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>balziva</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>blisovi 24 fe</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>blisovi fe 1/20</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>briellyn</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>camila</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CAMRESE	\$0 para el Nivel 1	
CAMRESE LO	\$0 para el Nivel 1	
<i>charlotte 24 fe</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>chateal eq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cryselle-28</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cyred eq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>dasetta 1/35</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>dasetta 7/7/7</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>daysee</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>deblitane</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>delyla</i>	\$0 para el Nivel 1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dolishale</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium tableta 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>elinest</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>eluryng</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>emzahh</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>enilloring</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enpresse-28</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enskyce</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>errin</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estarylla</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>falmina</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>feirza 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>feirza 1/20</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>finzala</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>hailey 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hailey 24 fe</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tri-vylibra</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-vylibra lo</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>trivora-28</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>turqoz</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tydemy</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>valtya 1/50</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>velivet</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>vestura</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>vienva</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>viorele</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>volnea</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>vyfemla</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>vylibra</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>wera</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>wymzya fe</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>xarah fe</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>xelria fe</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>xulane</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>zafemy</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>zovia 1/35</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desmopressin acetate inyección 4 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fomepizole</i>	\$0 para el Nivel 1	
GENOTROPIN	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
GENOTROPIN MINIQUICK INYECCIÓN 0.2 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
GENOTROPIN MINIQUICK INYECCIÓN 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
INCRELEX	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>javygtor</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
LEVOCARNITINE TABLETA	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levocarnitine inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levocarnitine solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LUPRON DEPOT-PED (1-MES) INYECCIÓN 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LUPRON DEPOT-PED (3-MESES) INYECCIÓN 11.25 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LUPRON DEPOT-PED (6 MESES) INYECCIÓN 45 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>methergine</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>methylergonovine maleate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mifepristone</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>nitisinone</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 100 µg/ml, 200 µg/ml, 50 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 1000 µg/ml, 500 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/ML, 500 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/5 ML, 200 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>levoxyl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>liothyronine sodium tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>liothyronine sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>methimazole</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propylthiouracil</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
SYNTHROID	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>unithroid</i>	\$0 para el Nivel 1	
ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D		
<i>calcitriol cápsula 0.25 µg, 0.5 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>calcitriol inyección 1 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>calcitriol oral solución 1 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxercalciferol inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>paricalcitol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
GASTROINTESTINALES		
ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant cápsula paq. de tratamiento, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>aprepitant cápsula 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>compro</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
DIMENHYDRINATE	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dronabinol</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
EMEND SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>granisetron hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) B/D MO
<i>meclizine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>meclizine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ondansetron hcl tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>ondansetron hcl solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) B/D MO
<i>ondansetron hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>ondansetron hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ondansetron tabs. bucodispersables que se desintegran 16°mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 4 mg, 8 mg,</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prochlorperazine edisylate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>prochlorperazine maleate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>prochlorperazine supositorio rectal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>promethazine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethegan supositorio 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethegan supositorio 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; HRM
<i>scopolamine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride cápsula, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>glycopyrrolate tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>glycopyrrolate solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml (jeringa precargada sin conservantes), 0.4 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml, 1 mg/5 ml, 4 mg/20 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methscopolamine bromide</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2		
<i>cimetidine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>famotidine premixed</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>famotidine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>famotidine inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>famotidine suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nizatidine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>budesonide er tableta de liberación prolongada 24 horas 9 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>budesonide cápsula partículas de liberación retardada 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone enema 100 mg/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mesalamine dr</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mesalamine supositorio</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mesalamine enema, kit</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfasalazine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LAXANTES		
CLENPIQ	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>constulose</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>enulose</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gavilyte-c</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gavilyte-g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gavilyte-n/paquete saborizado</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>generlac</i>	\$0 para el Nivel 1	
GOLYTELY	\$0 para el Nivel 1	MO
KRISTALOSE	\$0 para el Nivel 1	PA MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lactulose solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>peg-3350/electrolitos</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PLENVU	\$0 para el Nivel 1	MO
SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/ MAGNESIUM SULFATE	\$0 para el Nivel 1	MO
SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	\$0 para el Nivel 1	MO
SUTAB	\$0 para el Nivel 1	MO
VARIOS		
<i>alosetron hydrochloride tableta 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>alosetron hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
CREON	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cromolyn sodium concentrado 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>diphenoxylate/atropine solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
GATTEX	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LINZESS	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>loperamide hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>misoprostol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
MOVANTIK TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
MOVANTIK TABLETA 12.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SUCRALFATE SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sucralfate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ursodiol cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ursodiol tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VOWST	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
XERMELO	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
XIFAXAN TABLETA 550 MG	\$0 para el Nivel 1	PA MO
ZENPEP	\$0 para el Nivel 1	MO
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole magnesium cápsula de liberación prolongada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (42 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole dr</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación retardada 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rabeprazole sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxybutynin chloride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>solifenacin succinate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tropium chloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tropium chloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole vaginal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>miconazole 3 supositorio vaginal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terconazole crema vaginal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terconazole supositorio</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate cápsula 110 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dabigatran etexilate cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS PAQ. INICIAL	\$0 para el Nivel 1	QL (74 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABLETA 2.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (74 EA por 30 días) MO
<i>enoxaparin sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fondaparinux sodium inyección 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fondaparinux sodium inyección 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FRAGMIN INYECCIÓN 10000 UNIDADES/4 ML	\$0 para el Nivel 1	
FRAGMIN INYECCIÓN 2500 UNIDADES/0.2 ML, 95000 UNIDADES/3.8 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
FRAGMIN INYECCIÓN 10000 UNIDADES/ML, 12500 UNIDADES/0.5 ML, 15000 UNIDADES/0.6 ML, 18000 UNIDADES/0.72 ML, 5000 UNIDADES/0.2 ML, 7500 UNIDADES/0.3 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
HEPARIN SODIUM/D5W	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM INYECCIÓN 5000 UNIDADES/0.5 ML, 5000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>heparin sodium inyección 10000 unidades/ml, 1000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/0.5 ml, 5000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>jantoven</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>warfarin sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
XARELTO PAQ. INICIAL	\$0 para el Nivel 1	QL (51 EA por 30 días) MO
XARELTO SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	QL (620 ML por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 2.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO		
PROCRIT INYECCIÓN 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
PROCRIT INYECCIÓN 20000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ZARXIO	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
VARIOS		
ALVAIZ TABLETA 54 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
ALVAIZ TABLETA 18 MG, 36 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>anagrelide hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BERINERT	\$0 para el Nivel 1	QL (24 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>cilostazol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ENDARI	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
HAEGARDA INYECCIÓN 3000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	QL (20 EA por 30 días) PA; ACS LD
HAEGARDA INYECCIÓN 2000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>icatibant acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (27 ML por 30 días) PA; ACS
<i>l-glutamine</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>pentoxifylline er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sajazir</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (27 ML por 30 días) PA; LD
SIKLOS TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	PA MO
SIKLOS TABLETA 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	PA MO
TAVNEOS	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tranexamic acid/sodium chloride</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tranexamic acid tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tranexamic acid inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
BRILINTA	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clopidogrel tableta 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>clopidogrel tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 365 días) MO
<i>dipyridamole</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>prasugrel hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ticagrelor tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ticagrelor tableta 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AGENTES AUTOINMUNITARIOS		
ADALIMUMAB-AACF (2 PLUMAS)	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 365 días) PA; ACS
ADALIMUMAB-AACF (2 JERINGAS)	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 365 días) PA
ADALIMUMAB-AACF PAQ. INICIAL/CD/UC/HS (6 PLUMAS)	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 365 días) PA; ACS
ADALIMUMAB-AACF PAQ. INICIAL/PSORIASIS/UVEÍTIS (4 PLUMAS)	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 365 días) PA; ACS
COSENTYX SENSOREADY PLUMA	\$0 para el Nivel 1	QL (32 ML por 365 días) PA; ACS LD
COSENTYX UNOREADY	\$0 para el Nivel 1	QL (32 ML por 365 días) PA; ACS LD
COSENTYX INYECCIÓN 125 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COSENTYX INYECCIÓN 150 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (32 ML por 365 días) PA; ACS LD
COSENTYX INYECCIÓN 75 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 365 días) PA; ACS LD
DUPIXENT INYECCIÓN 200 MG/1.14 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4.56 ML por 28 días) PA; ACS
DUPIXENT INYECCIÓN 300 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL MINI	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL SURECLICK	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS PAQ. INICIAL (NO SE CUBRE LA MARCA CORDAVIS)	\$0 para el Nivel 1	QL (6 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC PAQ. INICIAL (NO SE CUBRE LA MARCA CORDAVIS)	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA PEN-PS/UV INICIAL	\$0 para el Nivel 1	QL (6 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA PEN INYECCIÓN 80 MG/0.8 ML (NO SE CUBRE LA MARCA CORDAVIS)	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA PEN INYECCIÓN 40°MG/0.4°ML (NO SE CUBRE LA MARCA CORDAVIS), 40°MG/0.8°ML	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 10°MG/0.1°ML (NO SE CUBRE LA MARCA CORDAVIS)	\$0 para el Nivel 1	QL (26 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 20°MG/0.2°ML (NO SE CUBRE LA MARCA CORDAVIS)	\$0 para el Nivel 1	QL (52 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 40°MG/0.4°ML (NO SE CUBRE LA MARCA CORDAVIS), 40°MG/0.8°ML	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 365 días) PA; ACS
IDACIO (2 PLUMAS)	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 365 días) PA; ACS
IDACIO (2 JERINGAS)	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 365 días) PA; ACS
IDACIO PAQ. INICIAL PARA ENFERMEDAD DE CHRON	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
IDACIO PAQUETE INICIAL PARA LA PSORIASIS EN PLACAS	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PYZCHIVA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
RINVOQ LQ	\$0 para el Nivel 1	QL (360 ML por 30 días) PA; ACS
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 45 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (168 EA por 365 días) PA; ACS
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 15 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
SKYRIZI PEN	\$0 para el Nivel 1	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 180 MG/1.2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.2 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 360 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2.4 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 150 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 600 MG/10ML	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 365 días) PA; ACS
SOTYKTU	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
STELARA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
STELARA INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
STELARA INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
TREMFYA PAQUETE DE INDUCCIÓN PARA ENFERMEDAD DE CROHN	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/20 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (20 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIÓN 162°MG/0.9°ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.6 ML por 28 días) PA; ACS



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REZUROCK	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
SANDIMMUNE SOLUCIÓN ORAL	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>sirolimus tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>sirolimus solución</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>tacrolimus cápsula 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
VACUNAS		
ABRYSVO	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 999 días)
ACTHIB	\$0 para el Nivel 1	
ADACEL	\$0 para el Nivel 1	
AREXVY	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 999 días)
BCG VACUNA	\$0 para el Nivel 1	
BEXSERO	\$0 para el Nivel 1	
BOOSTRIX	\$0 para el Nivel 1	
DAPTACEL	\$0 para el Nivel 1	
DENG VAXIA	\$0 para el Nivel 1	
ENGERIX-B	\$0 para el Nivel 1	B/D
GARDASIL 9	\$0 para el Nivel 1	
HAVRIX	\$0 para el Nivel 1	
HEPLISAV-B	\$0 para el Nivel 1	B/D
HIBERIX	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RECOMBIVAX HB	\$0 para el Nivel 1	B/D
ROTARIX	\$0 para el Nivel 1	
ROTATEQ	\$0 para el Nivel 1	
SHINGRIX	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 999 días)
TENIVAC	\$0 para el Nivel 1	
TICOVAC	\$0 para el Nivel 1	
TRUMENBA	\$0 para el Nivel 1	
TWINRIX	\$0 para el Nivel 1	
TYPHIM VI	\$0 para el Nivel 1	
VAQTA	\$0 para el Nivel 1	
VARIVAX	\$0 para el Nivel 1	
VAXCHORA	\$0 para el Nivel 1	
VIMKUNYA	\$0 para el Nivel 1	
VIVOTIF	\$0 para el Nivel 1	MO
YF-VAX	\$0 para el Nivel 1	

COMPLEMENTOS NUTRICIONALES

ELECTROLITOS/MINERALES, INYECTABLES

DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE #48	\$0 para el Nivel 1	
VIAFLEX	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/NAACL 0.33 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	MO
DEXTROSE 5 %/NAACL 0.225 %	\$0 para el Nivel 1	
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5 %	\$0 para el Nivel 1	
ISOLYTE-S	\$0 para el Nivel 1	B/D
ISOLYTE-S PH 7.4	\$0 para el Nivel 1	B/D
KCL 0.075 %/D5W/NAACL 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NAACL 0.2 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NAACL 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NAACL 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.3 %/D5W/NAACL 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.3 %/D5W/NAACL 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>lactated ringers</i>	\$0 para el Nivel 1	
MAGNESIUM SULFATE INYECCIÓN 20 G/500 ML, 40 G/1000 ML, 4 G/50 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>magnesium sulfate inyección 2 g/50 ml, 4 g/100 ml, 50 %</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>klor-con 8</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>klor-con m10</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con m15</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con m20</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con paquete de polvo 20 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>klor-con tableta efervescente</i>	\$0 para el Nivel 1	
M-NATAL PLUS	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>multi-vitamin/fluoride gotas</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>multivitamin/fluoride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NEONATAL PLUS	\$0 para el Nivel 1	MO
NIVA-PLUS	\$0 para el Nivel 1	MO
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium chloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium chloride paquete 20 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium chloride solución oral 10 %, 20 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PRENATAL	\$0 para el Nivel 1	MO
PRENATAL PLUS	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride solución 0.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride tableta masticable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tri-vite/fluoride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>vitamins a/c/d/fluoride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
WESTAB PLUS	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>NUTRICIÓN INTRAVENOSA</i>		
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 10 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 5 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 15 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 20 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 6/5	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 8/10	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 8/14	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>clinisol sf 15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
CLINOLIPID	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>dextrose 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>dextrose 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DEXTROSE 50 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
DEXTROSE 70 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
NUTRILIPID	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>plenamine</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
PREMASOL	\$0 para el Nivel 1	B/D

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROSOL	\$0 para el Nivel 1	B/D
TRAVASOL	\$0 para el Nivel 1	B/D
TROPHAMINE	\$0 para el Nivel 1	B/D
OFTÁLMICO		
ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS		
<i>neo-polycin hc</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspensión oftálmica 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TOBRADEX POMADA	\$0 para el Nivel 1	MO
TOBRADEX ST SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ZYLET	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTIINFECCIOSOS		
<i>bacitracin pomada oftálmica 500 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bacitracin/polymyxin b pomada oftálmica</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BESIVANCE	\$0 para el Nivel 1	MO
CILOXAN POMADA	\$0 para el Nivel 1	QL (42 G por 30 días) MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride solución 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>erythromycin pomada 5 mg/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (42 G por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gatifloxacin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 1.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Vigamox) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Moxeza) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 30 días) MO
NATACYN	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neo-polycin</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ofloxacin solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>polycin</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfacetamide sodium pomada 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfacetamide sodium solución 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>tobramycin solución 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>trifluridine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
XDEMZY	\$0 para el Nivel 1	QL (10 ML por 42 días) PA; ACS LD
ZIRGAN	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bromfenac</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BROMSITE	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diclofenac sodium solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>difluprednate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FLAREX	\$0 para el Nivel 1	MO
FLUOROMETHOLONE	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>flurbiprofen sodium solución oftálmica 0.03 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ketorolac tromethamine solución 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LOTEMAX POMADA	\$0 para el Nivel 1	MO
LOTEMAX SM	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>loteprednol etabonate gel 0.5 %, suspensión 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>prednisolone acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
PROLENSA	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl solución oftálmica 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cromolyn sodium solución 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CIPROFLOXACIN	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>flac</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluocinolone acetonide aceite 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspensión ótica 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ofloxacin solución ótica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

RESPIRATORIOS**COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS/BETA AGONISTAS**

ANORO ELLIPTA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
BEVESPI AEROSPHERE	\$0 para el Nivel 1	QL (10.7 G por 30 días) MO
BREZTRI AEROSPHERE	\$0 para el Nivel 1	QL (10.7 G por 30 días) MO
COMBIVENT RESPIMAT	\$0 para el Nivel 1	QL (8 G por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
TRELEGY ELLIPTA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO

ANTICOLINÉRGICOS

ATROVENT HFA	\$0 para el Nivel 1	QL (25.8 G por 30 días) MO
INCRUSE ELLIPTA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide solución para inhalación 0.02 %</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ipratropium bromide solución nasal 0.03 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 28 días) MO
<i>ipratropium bromide solución nasal 0.06 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 ML por 30 días) MO
ANTIHIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl solución nasal 0.15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 25 días) MO
<i>azelastine hydrochloride aerosol nasal 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 25 días) MO
<i>carbinoxamine maleate solución oral, tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>cetirizine hydrochloride solución oral 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ml por 30 días) MO
<i>clemastine fumarate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>cyproheptadine hcl jarabe</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>cyproheptadine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>desloratadine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>desloratadine tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>hydroxyzine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine pamoate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>levocetirizine dihydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>levocetirizine dihydrochloride solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>olopatadine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30.5 G por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BETA AGONISTAS		
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de Proventil HFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (13.4 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de ProAir HFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (17 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de VentolinHFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (36 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate solución de nebulización</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>albuterol sulfate jarabe, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levalbuterol hcl solución de nebulización 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>levalbuterol hcl solución de nebulización 0.31 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>levalbuterol hydrochloride solución de nebulización 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>levalbuterol solución de nebulización 1.25 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
SEREVENT DISKUS	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>terbutaline sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VENTOLIN HFA	\$0 para el Nivel 1	QL (36 G por 30 días) MO
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium tableta masticable, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium paquete</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zafirlukast</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine solución para inhalación 10 %, 20 %</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>aminophylline</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRONCHITOL	\$0 para el Nivel 1	QL (560 EA por 28 días) PA; LD
<i>cromolyn sodium solución de nebulización 20 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>epinephrine inyección 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 30 días) MO
FASENRA PEN	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD
FASENRA INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS LD
FASENRA INYECCIÓN 30 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD
KALYDECO PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
KALYDECO TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
OFEV	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ORKAMBI TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
ORKAMBI PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
<i>pirfenidone cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tableta 267 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tableta 534 mg, 801 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
PROLASTIN-C	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
PULMOZYME	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>roflumilast</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>theophylline solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 12 horas 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TRIKAFTA GRÁNULOS PAQ. DE TRATAMIENTO	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
TRIKAFTA TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
XOLAIR	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ESTEROIDES NASALES		
<i>flunisolide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate suspensión 50 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (16 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate suspensión 50 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (34 G por 30 días) MO
XHANCE	\$0 para el Nivel 1	QL (32 ML por 30 días) PA MO
INHALANTES ESTEROIDEOS		
ALVESCO	\$0 para el Nivel 1	QL (12.2 G por 30 días) MO
ARNUITY ELLIPTA	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>budesonide suspensión 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ESTEROIDES		
AIRSUPRA	\$0 para el Nivel 1	QL (32.1 G por 30 días) MO
BREO ELLIPTA	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10.2 G por 30 días) MO
DULERA	\$0 para el Nivel 1	QL (13 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i> (Advair Diskus genérico) aerosol en polvo activado por el aliento 500 µg/pulverización; 50 µg/pulverización	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i> (Advair Diskus genérico) aerosol en polvo activado por el aliento 100 µg/pulverización; 50 µg/pulverización, 250 µg/pulverización; 50 µg/pulverización	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol hfa</i> (Advair HFA genérico)	\$0 para el Nivel 1	QL (12 G por 30 días) MO
<i>wixela inhub</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO

TÓPICO***DERMATOLOGÍA, ACNÉ***

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



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>isotretinoin</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>sulfacetamide sodium loción 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tretinoin crema 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>tretinoin gel 0.01%, 0.025%, 0.05%</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>zenatane</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
<i>gentamicin sulfate crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate pomada 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mupirocin pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mupirocin crema</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>silver sulfadiazine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
SSD	\$0 para el Nivel 1	
SULFAMYLON CREMA 85 MG/G	\$0 para el Nivel 1	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIMICÓTICOS		
<i>ciclopirox olamine crema 0.77 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox gel</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox champú</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clotrimazole solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>econazole nitrate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (85 G por 30 días) MO
ERTACZO	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole foam 2%</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole champú 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ketodan</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días)
<i>klayesta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días)
<i>naftifine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 G por 30 días) MO
<i>nyamyc</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días)
<i>nystatin crema 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin pomada 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>nystop</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días)
<i>selenium sulfide loción</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>calcipotriene solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene crema, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcitrene</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) PA MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CALCITRIOL POMADA 3 MG/G	\$0 para el Nivel 1	QL (800 G por 28 días) PA MO
<i>methoxsalen</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tazarotene crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>tazarotene crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>tazarotene gel</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 g por 30 días) PA MO
TAZORAC CREMA 0.05 %	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA MO
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>alclometasone dipropionate</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented crema</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>betamethasone dipropionate augmented gel, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>betamethasone dipropionate augmented loción</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate loción</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>betamethasone dipropionate crema, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>betamethasone valerate crema, loción, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clobetasol propionate e</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate champú</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118 ml por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 ml por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate crema, gel, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clodan champú 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118 ML por 30 días)

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desonide crema, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone crema 0.25 %, pomada 0.25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide corporal</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide cuero cabelludo</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crema 0.025 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crema 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide pomada 0.025 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide solución 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluocinonide base emulsionada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide crema</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide gel, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluticasone propionate pomada 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>halobetasol propionate crema</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone valerate pomada 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone loción 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone pomada 1 %, 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mometasone furoate pomada 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mometasone furoate solución 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>proctosol hc</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide crema 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (454 G por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide loción 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine/prilocaine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>lidocaine pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (35.44 G por 30 días) PA MO
<i>lidocaine parche</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>lidocan</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>tridacaine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>tridacaine ii</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>ammonium lactate crema, loción</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>azelaic acid</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 G por 30 días) MO
<i>bexarotene gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac sodium solución externa 1.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 28 días) MO
DOXEPIN HYDROCHLORIDE CREMA 5 %	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) PA MO
DOXYCYCLINE CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
FLUOROURACIL CREMA 0.5 %	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) PA MO
<i>fluorouracil crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (40 G por 30 días) MO
<i>fluorouracil solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone perianal crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
IMIQUIMOD BOMBA	\$0 para el Nivel 1	QL (15 G por 28 días) MO
<i>imiquimod crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (24 c/u por 30 días) MO
<i>imiquimod crema 3.75 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) MO
<i>metronidazole crema 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole gel 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole loción 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitroglycerin pomada 0.4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
NORITATE	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
PANRETIN	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA
<i>pimecrolimus</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>podofilox solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>procto-med hc</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluoridex daily defense</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluoridex alivio de la sensibilidad/sin lauril sulfato de sodio</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluorimax 5000</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluorimax 5000 sensitive</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fraiche 5000 dental</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>just right 5000</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>kourzeq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lidocaine hydrochloride viscous solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lidocaine viscous solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nystatin suspensión 100000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>oralone pasta dental</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>periogard</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>pilocarpine hydrochloride tableta 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>prevident 5000 enamel protect</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sf gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm pasta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm sensitive</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride/potassium nitrate/sensitive</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide pasta dental</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

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

NO CUBIERTO POR LA PARTE D DE MEDICARE

De venta libre

<i>a & d zinc oxide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>a thru z advantage</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>a+d first aid</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>a+d prevent</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acerola c 500</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acetaminophen</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acetaminophen er analgésico para la artritis 8 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acetaminophen extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acetaminophen junior strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acetaminophen pm extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acetaminophen rapid tabs. children</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acid gone</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acid reducer</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acid reducer maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acidophilus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acidophilus lactobacilli</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acidophilus pearls</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acidophilus/bacillus coagulans extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acidophilus/citrus pectin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acidophilus/l-sporogenes extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acidophilus/pectin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acne medication 10</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acne medication 5</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>toallitas para el acné</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>actidom dmx</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>actinel dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>activessentials</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>activessentials for women</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>activessentials/oncoplex & d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>adapalene</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>adrenal manager</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>adrenaliv</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>adrenoid</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>advanced acne wash</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>advil junior strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aerobika</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aftera</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>alahist d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>albustix</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>alcon lágrimas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>alive multi-vitamin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>alka-seltzer plus day cold & flu formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>alka-seltzer plus mucus & congestion break up formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>alka-seltzer plus severe sinus congestion & cough</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>allegra allergy childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>allergy childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>allergy relief childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>allerwell allergy formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aloe vesta acondicionador para piel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>alp high3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aluminum hydroxide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>americerin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ameriwash</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>amlactin rapid relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>amlactin ultra smoothing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ammonium lactate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>anasept</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>anasept gel antimicrobiano para piel y heridas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>anbesol cold sore therapy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>antacid anti-gas maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>antacid extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>antacid plus anti-gas relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>antacid masticables blandos</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>antacid ultra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loción antibacterial para manos</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>jabón líquido antibacterial</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>anti-dandruff shampoo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>antidiarreico</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>anti-itch</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>anti-itch maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>antioxidant formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aplicare povidone/iodine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aprodine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aqua glycolic crema facial</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aqua glycolic loción para manos y cuerpo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aqua lacten</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aqua-cerin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aquamed</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aquanaz</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aquaphilic/carbamide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ar cáps. #1 clear/acid resistant</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>arglaes película 2-3/8" x 3-1/8"</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>arglaes película 3" x 14"</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>arglaes película 4-3/4" x 10"</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>arthritis pain relieving</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>artificial tears</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>asperflex original</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aspirin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aspirin regular strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>asthmanefrin resurtido</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>athletes foot polvo en aerosol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>atp ignite</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aveeno baby soothing multi-purpose</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aveeno daily moisturizing face</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aveeno daily moisturizing sheer hydration</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aveeno intense relief hand</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aveeno intense relief overnight</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aveeno positively radiantintensive night</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aveeno restorative skin therapy oat repairing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aveeno skin relief moisture repair</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aveeno stress relief moisturizing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ayr gotas nasales</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ayr nasal mist allergy & sinus hypertonic saline</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>b complex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>b-100</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>b-100 complex tr</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>b-12</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>b-12 1000</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>b-12 dots</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>b-12 dual spectrum</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>b-50 complex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>baby cornstarch</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>baby ddrops</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>baby super daily d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>baby vitamin d3 gotas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bacitracin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bacitracin zinc</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>balamine dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>balmbarr hand & body</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>balmbarr moisturizing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>balmbarr stretch mark crema</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>balmex multi-purpose</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bama freeze</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>basis facial moisturizer</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>basis overnight</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>baza protect skin protectant moisture barrier</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>b-complex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>b-complex plus b-12</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>b-complex/c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>b-complex/vitamin c/folic acid/ biotin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>beauty 360 advanced skin care</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>beauty loción</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>beelith</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>benadryl itch relief barra</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>benefiber drink mix</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bengay vanishing scent</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>benzonatate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>benzoyl peroxide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>benzoyl peroxide wash</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>benzphetamine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; OTC
<i>berri-freez pain relieving</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>beta care</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>beta care betatar gel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>beta med</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>beta xma</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>betadine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>betadine surgical scrub</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bicarsim</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bicarsim forte</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bilberry plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>biodesp dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>biofreeze</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>biofreeze cool the pain</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>biofreeze professional</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>biogtuss</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>biolle lágrimas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bion lágrimas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bio-rytuss</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>biospec dmx</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>biotin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>biotin fast dissolve maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>biotin gomitas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>biotin high potency</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>biotin plus keratin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bisacodyl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bisacodyl ec</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bismuth subsalicylate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>black draught</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>b-natal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>boro-packs</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>boudreauxs butt paste</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>boudreauxs butt paste butt barrier</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>boudreauxs rash preventor</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bp wash</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bprotected multi-vite</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bromphen/pseudoephedrine hcl/dextromethorphan hydrobromide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bronkids</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>budesonide aerosol nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>buried treasure active 55plus senior complex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>butenafine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>caffeine anhydrous</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calamine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calamine phenolated</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 1000 + d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 500/vitamin d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 500/vitamin d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 600 + minerals</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 600 with vitamin d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 600+d high potency</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium antacid extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium carbonate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium citrate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium citrate + d3 maximum</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium citrate/vitamin d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium citrate+d3 petites</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium oyster shell</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium plus d3 absorbable</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium/c/d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium/magnesium/zinc</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium/vitamin d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium/vitamin d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium+d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calmoseptine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cal-quick</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>caltrate 600+d3 masticables blandos</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cam</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>capsaicin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>capzasin-p</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cardiopress</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ca-rezz</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ca-rezz norisc</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>castellani paint</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>castile soap toallitas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>castiva cooling</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>castor oil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>castor oil stimulant laxative</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>centrum multivitamin flavor burst bebida</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>centrum performance</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>centrum specialist energy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cepacol sore throat maximum numbing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cerave am loción facial hidratante/spf 30</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cerave baby ungüento curativo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cerave daily moisturizing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cerave diabetics dry skin relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cerave moisturizing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cerave pm loción facial hidratante ultra lightweight</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cerave sa/rough and bumpyskin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cerave crema para manos terapéutica</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetaphil advanced relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetaphil daily advance ultra hydrating</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetaphil daily facial moisturizer</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetaphil moisturizing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetaphil restoraderm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetaphil therapeutic hand</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetirizine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cetirizine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>chemstrip ugk</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cherry jarabe</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ungüento para el pecho</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>chew q</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d3 masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acetaminophen masticable para niños</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multivitamínico masticable para niños</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gomitas para niños</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>childrens non-aspirin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>chlorphedianol/dexchlorpheniramine./pseudoephedrine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>chloraseptic kids</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>chloraseptic max sore throat</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>chlorhexidine gluconate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>chlorocaps</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>chlorpheniramine maleate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>chocolated laxative</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cholase control</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cicaplast baume b5 soothing multi-purpose bálsamo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cimetidine 200</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>clean & clear acne tripleclear crema exfoliante</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>clean & clear advantage acne spot treatment</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>clear soluble fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>clearasil daily clear vanishing acne treatment</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cln facial moisturizer nourishing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>clotrimazole</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>clotrimazole 3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>co q-10</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>coal tar</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cocoa butter</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cocoa butter loción para manos y cuerpo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cocoa butter crema para la piel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>coconut oil beauty</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cod liver oil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>coditussin dac</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>coenzyme q10</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>coenzyme q-10</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>coenzyme q-10/high poten cy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>colace 2-in-1</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cold & allergy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cold & allergy d maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cold & cough childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cold & flu relief multi-symptom nighttime</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cold & sinus relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cold/cough dm childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>collagen</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>collagen premium crema para la piel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>collagen ultra</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>complete moisture</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>complete multivitamin/multimineral suplemento</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>compuesto con eliminador de verrugas invisible de un solo paso</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>conceptionxr motility support formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>contac cold+flu maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cool 'n heat</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cooling pain relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>coq-10</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>coq10 gomitas para adultos</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>coq-10 tr</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>coricidin hbp chest congestion & cough</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>corn and callus remover</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>corn huskers</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>coromega omega 3 squeeze</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>corticare b</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cortizone-10 feminine itch relief maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cottonseed oil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cough & cold hbp</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pastillas para la tos</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cranberry</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cranberry extract</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>creo-terpin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cromolyn sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>culturelle health & wellness</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>culturelle womens wellness probiotic</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cutter dry</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs acetaminophen</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs advanced acne spot treatment</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs allergy relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs all-purpose skin protectant</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs antacid/anti-gas maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs b12</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs beauty 360 dry skin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs chest congestion/cough hbp</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs childrens triacting cough/runny nose</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs cold & flu hbp</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs cold & sinus relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs cortisone maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs daily fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs daily ultra moisture loción</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs diabetes health support</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs dry skin therapy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs extra moisturizing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs gentle skin cleanser</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs glucosamine/chondroitin maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs hair/skin/nails</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs immune support vitamin c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs intense dry skin therapy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs laxative dietary suplemento</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs menopause support</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs miconazole paq. de 1 combinación</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs mini enema kids</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs crema hidratante</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs loción hidratante</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs nasal decongestant</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs skin therapy ultra restoring</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs sore throat</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs special care</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs stomach relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs stool softener</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs stuffy nose & cold childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs therapeutic dandruff extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cyanocobalamin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>daily diabetes health paq.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>daily fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>daily heart health support</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hidratante diario</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>maximum multivitamin/asian ginseng extract paq. diario</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>daily vitamin formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>daily vitamins</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>champú para la caspa</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dayhist allergy 12 hour relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>daytime cough</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>d-cerin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ddrops</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>decara</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>deconex ir</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>decorel forte plus severe cold/cough relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dekas essential</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>delsym cough + cold nighttime childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dermabase oil in water</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dermaide aloe</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dermal therapy extra strength loción corporal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dermal therapy face care loción hidratante</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dermal therapy foot massage</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dermal therapy hand elbow & knee crema</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dermal therapy heel care</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dermamed</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dermarest psoriasis</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dermazinc crema</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dermazinc champú</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dermazinc aerosol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dermend fragile skin moisturizing formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dermend moisturizing bruise formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dermoplast</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>desenex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>desgen pediatric</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>desitin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>desitin multi-purpose healing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>despec dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>despec eda</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dexbrompheniramine/dm/phenylephrine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dextromethorphan hbr</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dextromethorphan hydrobromide/guaifenesin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dextromethorphan hydrobromide/guaifenesin/phenylephrine hydr</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dextromethorphan polistirex er</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dextromethorphan/guaifenesin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dextromethorphan/guaifenesin/phenylephrine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diabetes health paq.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diabetic tussin cough/chest congestion dm maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diabetiderm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diabetiderm foot rejuvenating</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diabet-x daily prevention skin therapy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dialyvite 800</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dialyvite 800/zinc</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diaper rash</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diastix</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diclofenac sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>di-dak-sol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diethylpropion hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; OTC
<i>diethylpropion hcl er</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; OTC
<i>di-gel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dimaphen dm cold & cough</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dimetapp children's cold & cough</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dimetapp long acting cough plus cold</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diphenhydramine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diphenhydramine hcl/zinc acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dml</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dml forte</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>docosanol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>docusate calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>docusate mini</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>docusate sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dok</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dometuss-dmx</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dona</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>double antibiotic</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dr smiths diaper</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dr smiths rash + skin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dramamine motion sicknessfor kids</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dry eye relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dulcolax líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>duofilm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>duravent dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>duravent pe</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>durex realfeel sin látex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>earwax removal</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (15 ML cada 30 días); OTC
<i>easy flow black/blue</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>easy flow black/orange</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>easy flow black/red</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>easy flow black/white</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>easy flow black/yellow</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>easy flow white/blue</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>easy flow white/green</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>easy flow white/pink</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>easy flow white/white</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>easy flow white/yellow</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ed a-hist dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ed bron gp</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ed chlorped jr</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>effervescent pain relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eldertonic</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>electrolyte solución</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>elon matrix 5000</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>elon matrix plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>elon matrix 5000 complete</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>elon matrix complete</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>elon r3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>elon skin repair system</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>emergen-c blue</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emergen-c five</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emergen-c heart health</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emergen-c immune</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emergen-c immune plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emergen-c immune+</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emergen-c immune+ warmers</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emergen-c joint health</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emergen-c kidz</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emergen-c msm lite</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emergen-c pink</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emergen-c super fruit</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emergen-c vitamin c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emergen-c vitamin c lite</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emergen-c vitamin d & calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emollia-creme</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>emollia-lotion</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cápsula vegetal vacía/cierre fácil, n.º0</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cápsula vegetal vacía/cierre fácil, n.º00</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cápsula vegetal vacía/cierre fácil, n.º1</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>encare</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>endacof-dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>endur-acin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>enema disponible</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>enema de aceite mineral</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>energy booster</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ephrine gotas nasales</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>epilyt</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eq therapeutic dry skin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eq crema hidratante terapéutica</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eql absolute moisture dry skin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eql advanced recovery skin care</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eql advanced skin therapy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eql aloe after sun</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eql jabón antibacterial desodorizante</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eql calcium/vitamin d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eql melatonin/vitamin b-6</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eql crema hidratante</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eql one daily womens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eql loción hidratante intensiva de día</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>equalactin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ergocalciferol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>esomeprazole magnesium dr 24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ethyl oleate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ethyl rubbing alcohol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eucerin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eucerin advanced repair</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eucerin advanced repair hand</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eucerin baby</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eucerin daily hydration</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eucerin daily hydration spf 15</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eucerin daily protection/spf 30</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eucerin intensive repair</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eucerin original healing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eucerin plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eucerin professional repair rich feel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eucerin redness relief crema nocturna</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eucerin roughness relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eucerin smoothing repair advanced formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>evolution60</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ex-lax</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ex-lax maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>eye allergy relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ezfe 200</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fast freeze pro style therapy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fc2 female condom</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>femquil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ferretts</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ferretts chewable iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ferrimin 150</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ferrous fumarate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ferrous fumarate 324</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ferrous gluconate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ferrous sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>feverall infants</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>feverall junior strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fexofenadine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fiber tabs.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fiber therapy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>first aid antiseptic ointment</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fish oil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fish oil pearls</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fish oil triple strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>flanders buttocks</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fleet liquid glycerin supositorios</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>flonase allergy relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>flonase sensimist</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>flonase sensimist childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>floranex one</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>flu/severe cold & cough daytime</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>folbee plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>folic acid cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>folic acid tableta de 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>folic acid tableta de 400 µg, 800 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>folitab 500</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>foltanx rf</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fora gtel blood ketone tiras reactivas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fora test n' go advance/voice/6 connect</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>freeze it fast pain relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>freshkote</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>full spectrum b/vitamin c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fungoid tincture</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>garlic</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>garlic aceite 1000</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gas relief infants</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gas-x extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gas-x gotas para niños</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gaviscon</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gaviscon extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gcon ir</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gencontuss</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gentel severe tears</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gentel lágrimas gotas líquidas moderate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gentel lágrimas moderate pf</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gentel lágrimas severe día/noche</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gentle skin limpiador</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>giltuss allergy plus cough & congestion</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>giltuss cough & cold</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>giltuss ex expectorant childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>giltuss ex maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>giltuss sinus & congestion</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glenmax peb dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glucosamine chondroitin complex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glucosamine msm complex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glucosamine sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glucosamine/chondroitin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glucosamine/chondroitin triple strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glucosamine-chondroitin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glucose</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glucose instant energy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glucose líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glycerin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glycerin adult</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glycerin infants & children</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glycotrol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glycotrol complete</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp fish oil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp immune support</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp l-lysine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp natural fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp vitamina a/d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gojji blood ketone tiras reactivas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond age renew crepe corrector</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond diabetics dry skin relief hand</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond essentials everyday moisture mens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond everyday moisture mens essentials</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond healing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond healing hand</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond loción corporal con medicamento</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond loción corporal con medicamento extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond pain relieving foot</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond pure moisture daily body & face</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond radiance renewal hydrating</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond ultimate diabetics' dry relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond ultimate healing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond ultimate overnight</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond ultimate protection</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gold bond ultimate restoring</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond ultimate rough & bumpy skin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond ultimate sheer ribbons pearlradiance</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond ultimate softening</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gold bond ultimate soothing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>good start supreme agua estéril</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>goodsense 24-hour allergy aerosol nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>goodsense all day allergychildrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>goodsense anti-itch maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>goodsense capsaicin arthritis pain relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>goodsense corn & callus remover</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>goodsense esomeprazole magnesium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>goodsense lansoprazole</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>goodsense miconazole 1</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>goodsense mucus dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>goodys extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gordomatic</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gordons urea</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gordons-vite a</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>g-supress dx pediatric</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>g-tron ped</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>g-tron pediatric gotas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>g-tusicof</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin dac</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin er</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin/codeine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin/dextromethorphan</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin/phenylephrine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin/pseudoephedrine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin/pseudoephedrine hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>g-zyncof</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>suplemento nutritivo para el cabello</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>h-chlor 12</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>h-chlor 6</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>headache formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>heart savior</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>heart tabs.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>heartburn relief extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hemorroidal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hemorrhoidal relief crema</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>herbiomed severe cold & flu</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>histex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>histex pd</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hm docosanol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hm dry eye relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hm eye gotas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hm hemorrhoidal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>honey bears</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>honey bears w/iron and zinc</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrasyn25</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrazone loción</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrocerin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrocortisone</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrogen peroxide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hysept 25</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hysept 50</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ibuprofen</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ibuprofen infants</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ice blue gel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>icy hot</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>icy hot advanced relief pain relief parche</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>icy hot naturals</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>icy hot original pain relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>immublast-c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>immunerx</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>immunicare</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>insta-glucose</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>instant ear-dry</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>intense cough reliever</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>intense cough reliever double strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>inulose blood sugar support</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>iodex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>iron 100 plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>iron chews pediatric</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>iron er</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>iron infant/toddler</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>iron polysaccharide complex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>iron slow release</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>iron up</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>iron/vitamin c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>alcohol isopropilico para frotar</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>itch relief extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ivermectin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>j & j burn crema</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>johnsons skin nourish moisturizing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>kaopectate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>kaopectate extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>kendall gel skin scrub paq./large winged sponges</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>kendall paq. de preparación vaginal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>kendall wet skin scrub paq.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>keratek</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>keradan</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>keralyt</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>keri nourishing shea butter</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>keri original daily moisture</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>keto-diastring</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ketone tiras reactivas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ketotifen fumarate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>konsyl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>konsyl daily fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>konsyl-d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>kp mens daily paq.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>kp womens daily paq.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lac-hydrin five</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lactinol hx</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lactobacillus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lactose monohydrate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lanaphilic/urea</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>land before time multivitamin/iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>leader finger crema</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lecithin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>levonorgestrel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lice killing champú</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML cada 30 días); OTC
<i>lice treatment</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML cada 30 días); OTC
<i>lice treatment crema de enjuague</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML cada 30 días); OTC
<i>lidocaine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lidocaine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lidocaine pain relief parche</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lidocaine tópico anesthetic</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>life paq. mens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>life paq. womens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lintera wash</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lipidshield plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lipotriad vision support</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lipotriad vision support plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lipotriad visionary</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>liqsorb</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>liquid b12</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>liquid calcium with d3 maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>little tummys laxative</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>l-lysine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>l-lysine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>l-methylfolate forte</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lohist-dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loperamide hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loratadine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loratadine childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loratadine-d 12 h</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loratadine-d 24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lortuss ex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lubricante ocular</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lubricante ocular gotas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lubricante ocular gotas/doble acción</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lubricating loción tópica</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lubriderm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lubriderm advanced therapy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lubriderm daily moisture/normal to dry skin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lubriderm intense skin repair</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lubrisoft</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lysiplex plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mag-al plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>magdelay</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>magnesium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>magnesium citrate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>magnesium elemental</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>magnesium oxide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mag-oxide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mapap</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mapap cold formula multi-symptom</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>maximin paq.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>maxi-tuss gmx</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>maxi-tuss pe max</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>maxorb extra ag+</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>m-clear wc</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>meclizine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>meclizine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>medcaps dpo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>medcaps gi</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>medcaps is</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>medcaps t3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mederma ag crema facial</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mederma ag loción para manos y cuerpo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mederma stretch marks therapy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>removedor de callosidades con medicamento</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>removedor de callos con medicamento</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>toallitas con medicamento</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>medi-first antacid</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>medi-paste</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>melatonin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>melatonin cr</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>melatonin extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>melatonin de disolución rápida</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>melatonin de fusión rápida</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>melatonin gomitas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>melatonin maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>melatonin de liber. prolong.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>melatonin de disolución rápida</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>melatonin de liberación programada</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>melatonin tr/vitamin b6</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>melatonin tr/vitamin b-6</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>memorall</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>memory complex brain health</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mens paq. diario</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mens paq.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>menthol and zinc oxide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>menthol cold/hot extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metafolbic plus rf</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>metamucil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>metamucil 3-in-1 daily fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>metamucil 4 in 1 fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>metamucil 4-in-1 fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>metamucil multihealth fiber singles</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>methyl protect</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>methylcobalamin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>methyl-guard</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>methyl-guard plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mg plus protein</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mg217 psoriasis multi-symptom</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>miconazole 1</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>miconazole 3 combo paq.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>miconazole 7</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>miconazole nitrate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>migraine formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mil adregen</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>milk of magnesia</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mineral oil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>minerin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>minerin crema</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mintox plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mm biotin/keratin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loción hidratante</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>recuperación de la hidratación</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>protector hidratante de la piel/una vez al día</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>crema hidratante</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loción humectante</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lubricante hidratante ocular gotas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hidratante para piel sensible</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>monistat paq. de 7 combinaciones</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>monistat complete care chafing relief gel en polvo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>motion sickness relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>msm loción para la piel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex cough & chest congestion</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex cough for kids</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex fast max severe congestion & cough</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mucinex fast-max cold flu& sore throat maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex fast-max cold/flu</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex fast-max congestion & headache maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex fast-max night time cold & flu</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex fast-max severe congestion & cough</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex for kids</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex multi-symptom cold night time childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex sinus-max</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex sinus-max night time congestion & cough</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex sinus-max severe congestion and pain</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucus congestion & cough relief childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucus dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucus relief cold flu & sore throat</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucus relief cold/flu/sore throat</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi antibiotic plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi complete</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi for her</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi for him</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multi vitamin/minerals full spectrum</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multivitamin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi-vitamin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multivitamin & multimineral adults</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multivitamin childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi-vitamin gomitas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multivitamin gomitas childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multivitamin plus iron childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multivitamin w/iron/infant/toddler</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multivitamin with fluoride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multivitamin/multimineral</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi-vitamins/iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>muro 128</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>muscle & joint</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mv-one</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mvw complete formulation pediatric</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mygrex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>naphcon-a</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>naproxen sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nasadrops saline on the go</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nasal mist</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aerosol nasal extra hidratante 12 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>natural fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>natural fiber laxative</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>natural oatmeal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>natural psyllium seed indian husks</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nebulizer tubo/copa</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>neog10</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>neotuss</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>neotuss-d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nephro vitamins</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nephro-vite</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>neutrogena hand</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>neutrogena moisture sensitive skin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>niacin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>niacin sr</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>niacin liberación gradual</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>niacin tr</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>niacinamide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>niacinamide de liber. prolong.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nicotine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nicotine polacrilex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nicotine tsistema transdérmico</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nighttime cough</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>niseko hydrating hidratante facial</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nivanex dmx</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nivea</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nivea essentially enriched</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nivea extra enriched</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nivea in-shower</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nivea intense healing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nivea original moisture</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nivea shea nourish</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nivea visage</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nivea visage inner beauty nighttime renewal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nix complete lice kit de tratamiento</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>noble formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>normlshield</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nova max plus ketone tiras reactivas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>novaferrum 50</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>novaferrum pediatric gotas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nozin desinfectante nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nutraderm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nutraderm advanced formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nutra-z+</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>odorless coated fish aceite/omega-3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>odorless garlic</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>off deep woods</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>okeeffes working hands</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>olive oil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>olopatadine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>omega-3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>omega-3 fish oil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>omega-3 fish aceite extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>omega-3 fish aceite maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>omegapure 780 ec</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>omeprazole</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>omeprazole dr</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>omeprazole magnesium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>onelax fiber therapy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>opcon-a</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>optimal d3 m</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>optimal d3 paq.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>options gynol ii vaginal contraceptive</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>solución electrolítica oral paleta congelada pediátrica</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>oral mix flavored suspending vehicle</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>suspensión oral</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>jarabe oral flavored vehicle</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>orazinc</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>orlistat</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; OTC
<i>orthogel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>os-cal calcium + d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>os-cal extra d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>oyster shell calcium/d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>oyster shell calcium/vitamin d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pain reliever extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pain relieving gel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>paladin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>palmers cocoa butter formula crema</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>palmers cocoa butter formula intensive relief crema para manos</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>palmers cocoa butter formula crema para masajes/stretch marks</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>palmers cocoa butter formula loción para masajes/stretch marks</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>palmers cocoa butter formula crema nocturna moisture rich</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>palmers cocoa butter formula/vitamin e</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>palmers coconut oil formula crema para manos</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>palmers coconut oil formula/vitamin e</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pataday extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pecgen dmx</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pedia-lax</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pediatric enema</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pen-ker</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pentravan</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pentravan plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>percogesic extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>petrolatum</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>petroleum gel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>petroleum jelly lip treatment</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pharmabase barrier</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>phenaseptic</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>phenazopyridine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>phendimetrazine tartrate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; OTC
<i>phendimetrazine tartrate er</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; OTC
<i>phentermine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; OTC
<i>phenylephrine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pink bismuth</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pink bismuth maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pinxav</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>polyethylene glycol 3350</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>poly-vent ir</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>polyvinyl alcohol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>poly-vi-sol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>poly-vi-sol/iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>poly-vite/iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>povidone/iodine hisopos con alcohol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>povidone-iodine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>povidone-iodine prep apósito</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>povidone-iodine scrub small winged esponja</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pramoxine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pramoxine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>precision xtra</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>premium paq.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pre-moistened witch hazel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>prenatabs fa</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>prenatabs rx</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>prenatal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>prenatal 19</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pres gen pediatric</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pretty feet & hands</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>primadophilus bifidus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>probiotic chewable childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>probiotic formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>proctozone-hc</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>profe</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>proxeed plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pseudoephedrine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pseudoephedrine hydrochloride er maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pseudoephedrine hydrochloride/ guaiifenesin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>psoriasisin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>psyllium fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pure comfort 3-ball breath exerciser</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>qc athletes foot relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>qc gas relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ra biotin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ra daylogic healing dry skin therapy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ra ear care</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ra essence-c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ra garlic</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ra glucosamine/chondroitin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ra glycerin adult</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ra melatonin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ra oyster shell calcium/vitamin d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ra vitamin b-12</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>radiaguard advanced</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ranitidine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>rapid b-12 energy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>raspberry jarabe</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>redness reliever gotas oftálmicas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>refresh</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>refresh celluvisc</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>refresh digital</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>refresh liquigel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>refresh optive</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>refresh optive advanced</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>refresh optive advanced sensitive</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>refresh optive sin conservantes</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>refresh plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>refresh relieva pf</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>refresh lágrimas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>refreshing aloe</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>remedy calazime</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>remedy cleansing loción corporal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>remedy skin repair</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>renal vitamin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>rena-vite</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>rena-vite rx</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>repel sportsmen max</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>replesta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>replesta nx</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>resta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>resta lite</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>restore limpiador e hidratante</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>restore dimethicreme</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>retaine vision</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>rhinaris</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>riax</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ricola</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>risabal-ph</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>risacal-d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>robitussin childrens cough & cold cf</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>robitussin cough & chest congestion dm adult</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>robitussin cough+chest congestion dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>robitussin severe multi-symptom cough/cold + flu</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>robitussin severe multi-symptom cough/cold + flu nighttime</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>rompe pecho max multi symptoms</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ru-hist d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>rydex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>rynex dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>saccharomyces boulardii</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>salicylic acid</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>saline gel nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>saline aerosol nasal infants/childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>salonpas pain relieving jet aerosol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sawyer insect repellent de liberación controlada</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sb natural fiber laxative</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>scalpicin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>scot-tussin diabetes</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>scytera</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sebex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>secura dimethicone protectant</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>selenium sulfide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>selenium sulfide champú</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>senna</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>senna plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>senna s</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>senna smooth</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>senokot extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sensi-care crema para el cuerpo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sensi-care moisturizing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sentia</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sesame oil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>severe allergy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>shur-seal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>simethicone</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>simple jarabe</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>skin beauty & wellness</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>skin repair</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sleep aid</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sleep-aid</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>slow iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>slow magnesium chloride/ calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>slow-mag</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm coral calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm cough & sore throat daytime pain reliever</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm dry skin therapy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm fish aceite</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm foaming antacid</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm garlic</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm medicated chest rub</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm muscle rub</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm liberación lenta iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sm vitamin d3 maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sodium bicarbonate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sodium chloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>soluble fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>soluvita</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sombra cool therapy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>soothe</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>soothe & cool inzo barrier</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sorbidon hydrate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sorbitol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sore throat</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sore throat & cough pastillas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>crema de cuidado especial</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gotas lubricantes estériles</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>stevia</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>stool softener</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>stool softener plus laxative</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>stop lice</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>stop lice complete lice treatment</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>stop lice maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118 ML cada 30 días); OTC
<i>stopain</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>stress b-complex/vitamin c/zinc</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>studio 35 extra moisturizing loción</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>studio 35 moisturizing skin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sudafed childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sudafed pe head congestion + flu severe</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sudafed pe head congestion + mucus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sudafed pe sinus pressure+ pain maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sudafed sinus congestion 24 hour</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>summers eve medicated</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>super daily d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>supress dm pediatric</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>supress-dx pediatric</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>supress-pe pediatric</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sween 24 once a day moisturizing body</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sween moisturizing body</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gotas para oídos de nadadores</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>synertropin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>syrspend sf</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>systane balance restorative formula</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>systane complete</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>systane gel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>systane hydration pf</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>systane sin conservantes</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>systane ultra</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>systane ultra sin conservantes</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tegaderm alginate ag dressing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tension headache</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>terbinafine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tgt hemorrhoidal supositorios</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>the very finest fish oil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>the very finest fish oil for kids</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>theracran hp</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>theracran hp for kids</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>thera-d 4000</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>thera-derm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>theraflu expressmax severe cold & cough/daytime</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>theraflu expressmax severe cold & flu</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>theraflu severe cold & cough daytime</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>theraflu severe cold daytime</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>thera-gesic plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>theranatal lactation complete</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>therapeutic dandruff</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>therapeutic moisturizing</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>therapeutic shampoo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>theraseal hand protection</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>theratears</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tiger balm linimento</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tioconazole 1</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>titralac</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tm-tolnaftate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>today sponge</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tolnaftate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>triamcinolone acetonide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>triaminic fever reducer pain reliever infants</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tri-buffered aspirin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>triple antibiotic</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>triple antibiotic with pain relief maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>triple omega-3-6-9</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triple paste</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>triprolidine hci</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>triprolidine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>trispec dmx</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tri-vi-sol a/c/d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tri-vite pediatric</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>trustex lubricated/spermicide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>trustex/ria non-lubricated</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tums</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tums chewy delights</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tums extra strength 750</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tums ultra 1000</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tusicof</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tusnel c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tusnel dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tusnel pediatric</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tussin cf cough & cold</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tussin cf severe multi-symptom cough cold + flu adult</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tussin cough</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tussi-pres pe pediatric</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tusslin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tusslin pediatric</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tylenol cold/cough/sore throat childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>udderly smooth</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>udderly smooth extra care</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>udderly smooth extra care20</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ulcerease</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ultimate fat burner</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ultra coq10</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ultracin-m</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ultra-mega</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ultrathon insect repellent</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>upcal d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>upspring he natal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>urea 20 intensive crema hidratante</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>urea crema 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>urea crema 39 %</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>urea hydrating</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>urea loción</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>urea tópica</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth/Virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>urea-c40</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>urinary pain relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>uro mag</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vagisil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vanacof</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vanatab dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vanicream</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>varisan vitality</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vcf vaginal contraceptive película</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vcf vaginal contraceptive espuma</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vcf vaginal contraceptive gel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>velvachol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ventiva lágrimas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vicks dayquil cold & flu</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vicks dayquil cold & flu multi-symptom relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vicks dayquil severe cold & flu</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vicks nyquil childrens cold/cough</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vicks vapodrops</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vinate care</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>visine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>visine a.c.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamelts energy vitamin b-12</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamelts zinc disolución rápida</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin a</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin a/c/d infant/toddler</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin b 12</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin b-1</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin b-12</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin b-12 tr</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin b6</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin b-6</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin c cr</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin c gotas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin c mezcla efervescente</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin c gomitas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin c/bioflavonoids</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin c/bioflavonoids/wild rose hips</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin c/natural rose hips</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin d 400</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d2</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d-3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d3 disolución rápida</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d3 gomitas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d3 maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d3 ultra potency</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin e</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin e with panthenol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin e/d-alpha</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamins a/c/d/fluoride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitaminas para el cabello</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>viteyes classic zinc free</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitron-c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>wal-finate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>wal-som</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>wal-tussin cough relief childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>removedor de verrugas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>white petrolatum</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>wibi</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>womens 50 billion</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>womens daily paq.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>womens paq.</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>xanthan gum</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>xenical</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; OTC
<i>xoten</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>zeasorb</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>zeldana</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>zephrex-d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>zims max-freeze</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>zinc</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>zinc 15</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>zinc gluconate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>zinc oxide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>zinc sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>zinc-oxyde plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>zyncof</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a nuestro plan al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/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
A			
<i>abacavir</i>	23, 25	<i>aliskiren</i>	56
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	25	<i>allopurinol</i>	13
ABELCET	22	<i>alose tron hydrochloride</i>	108
ABILIFY	65	<i>alprazolam</i>	59
<i>abiraterone acetate</i>	35	ALPRAZOLAM INTENSOL	59
<i>abirtega</i>	36	ALREX	128
ABRYSVO	119	<i>altavera</i>	90
<i>acamprosate calcium</i>	82	ALUNBRIG	38
<i>acarbose</i>	85	ALVAIZ	113
<i>accutane</i>	136	ALVESCO	135
<i>acebutolol hydrochloride</i>	53	<i>alyacen 1/35</i>	90
<i>acetaminophen</i>	16	<i>alyacen 7/7/7</i>	90
<i>acetaminophen/codeine</i>	16	<i>amabelz</i>	99
<i>acetazolamide</i>	56	<i>amantadine hcl</i>	64
<i>acetazolamide er</i>	56	<i>ambrisentan</i>	58
<i>acetic acid</i>	110, 130	<i>amethia</i>	90
<i>acetylcysteine</i>	101, 133	<i>amethyst</i>	90
<i>acitretin</i>	138	<i>amikacin sulfate</i>	18
ACTHIB	119	<i>amiloride hcl</i>	56
ACTIMMUNE	118	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	56
<i>acyclovir</i>	27	<i>aminophylline</i>	133
<i>acyclovir sodium</i>	27	<i>amiodarone hydrochloride</i>	50
ADACEL	119	<i>amitriptyline hcl</i>	60
ADALIMUMAB	114	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	60
ADALIMUMAB-AACF	114	<i>amlodipine besylate</i>	47, 49, 54, 57
<i>adefovir dipivoxil</i>	27	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	57
ADMELOG	83	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	47
ADMELOG SOLOSTAR	83	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	49
<i>afirmelle</i>	90	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	49
<i>agua estéril para irrigación</i>	143	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	49
AIMOVIG	79	<i>ammonium lactate</i>	141
AIRSUPRA	135	<i>amnesteem</i>	136
AKEEGA	36	<i>amoxapine</i>	60
<i>ala-cort</i>	139	<i>amoxicillin</i>	32, 33
<i>albendazole</i>	18	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	32, 33
<i>albuterol sulfate</i>	133	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	32
<i>albuterol sulfate hfa</i>	133	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	76
<i>alclometasone dipropionate</i>	139	<i>amphetamine/dextroamphetamine er</i>	76
ALECENSA	38	<i>amphotericin b</i>	22
<i>alendronate sodium</i>	88	<i>amphotericin b liposome</i>	22
<i>alfuzosin hcl</i>	110	<i>ampicillin</i>	33
		<i>ampicillin sodium</i>	33

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ampicillin-sulbactam</i>	33	AZATHIOPRINE.....	118
<i>anagrelide hydrochloride</i>	113	<i>azelaic acid</i>	141
<i>anastrozole</i>	36	<i>azelastine hcl</i>	128, 132
ANORO ELLIPTA.....	131	<i>azelastine hydrochloride</i>	132
<i>aprepitant</i>	104	<i>azithromycin</i>	31
<i>apri</i>	90	AZITHROMYCIN.....	31
APTIOM.....	70	<i>aztreonam</i>	18
APTIVUS.....	23	<i>azurette</i>	91
<i>aranelle</i>	90	B	
ARCALYST.....	118	<i>bacitracin</i>	126
AREXVY.....	119	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	126
ARIKAYCE.....	18	<i>baclofen</i>	81
<i>aripiprazole</i>	65	BAFIERTAM.....	80
<i>aripiprazole tabs. bucodispersables</i>	65	<i>balsalazide disodium</i>	107
ARISTADA.....	66	BALVERSA.....	38
ARISTADA INITIO.....	66	<i>balziva</i>	91
<i>armodafinil</i>	81	BASAGLAR KWIKPEN.....	83
ARNUIITY ELLIPTA.....	135	BCG VACUNA.....	119
<i>asenapine maleate sl</i>	66	BD ALCOHOL SWABS.....	83
<i>ashlyna</i>	90	BD INSULIN JERINGA.....	83, 84
ASPARLAS.....	37	BD PEN.....	84
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	114	BD PEN AGUJA/ORIGINAL/ ULTRAFINA/29 G X 1/2.....	84
ASTAGRAF XL.....	118	<i>benazepril hydrochloride</i>	47, 48
<i>atazanavir</i>	23	<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	47
<i>atazanavir sulfate</i>	23	BENLYSTA.....	118
<i>atenolol</i>	53	<i>benztropine mesylate</i>	64
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	53	BERINERT.....	113
<i>atomoxetine</i>	76, 77	BESIVANCE.....	126
<i>atorvastatin calcium</i>	51	BESREMI.....	37
<i>atovaquone</i>	18, 23	<i>betaine anhydrous</i>	101
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	23	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	139
ATROPINE SULFATE.....	130	<i>betamethasone valerate</i>	139
ATROVENT HFA.....	131	BETASERON.....	81
<i>aubra eq</i>	90	<i>betaxolol hcl</i>	53, 129
AUGTYRO.....	38	<i>bethanechol chloride</i>	110
<i>aurovela 1.5/30</i>	90	BETOPTIC-S.....	129
<i>aurovela 1/20</i>	90	BEVESPI AEROSPHERE.....	131
<i>aurovela 24 fe</i>	90	<i>bexarotene</i>	37, 141
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	90	BEXSERO.....	119
<i>aurovela fe 1/20</i>	90	<i>bicalutamide</i>	36
AUSTEDO.....	80	BICILLIN L-A.....	33
AUSTEDO XR.....	79, 80	BIKTARVY.....	26
AUVELITY.....	60	<i>bisoprolol</i>	53
<i>aviane</i>	90	<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	53
<i>ayuna</i>	90	<i>blisovi 24 fe</i>	91
AYVAKIT.....	38		
<i>azathioprine</i>	118		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	91	CAMRESE LO	91
<i>blisovi fe 1/20</i>	91	<i>candesartan cilexetil</i>	49
BOOSTRIX.....	119	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	49
<i>bosentan</i>	58	CAPLYTA.....	66
BOSULIF.....	38	CAPRELSA.....	39
BRACLUDE.....	28	<i>captopril</i>	47, 48
BRAFTOVI.....	38	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	47
BREO ELLIPTA.....	135	<i>carbamazepine</i>	71
BREZTRI AEROSPHERE.....	131	<i>carbamazepine er</i>	70
<i>briellyn</i>	91	<i>carbidopa</i>	64
BRILINTA.....	114	<i>carbidopa/levodopa</i>	64
BRIMONIDINE TARTRATE.....	129	CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE.....	64
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	129	<i>carbidopa/levodopa er</i>	64
<i>brinzolamide</i>	129	<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables</i>	64
BRIVIACT.....	70	<i>carbinoxamine maleate</i>	132
<i>bromfenac</i>	128	<i>carglumic acid</i>	101
<i>bromocriptine mesylate</i>	64	<i>carteolol hcl</i>	129
BROMSITE.....	128	<i>cartia xt</i>	54
BRONCHITOL.....	134	<i>carvedilol</i>	53
BRUKINSA.....	38	<i>carvedilol phosphate er</i>	53
<i>budesonide</i>	135	<i>caspofungin acetate</i>	22
<i>budesonide dr</i>	107	CAYSTON.....	18
<i>budesonide er</i>	107	<i>cefaclor</i>	29
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	135	CEFACTOR ER.....	29
<i>bumetanide</i>	56	<i>cefadroxil</i>	29
<i>buprenorphine</i>	15	<i>cefazolin</i>	30
<i>buprenorphine hcl</i>	82	CEFAZOLIN.....	29, 30
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	82	<i>cefazolin sodium</i>	29
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	82	CEFAZOLIN SODIUM.....	29
<i>bupropion</i>	61	<i>cefdinir</i>	30
<i>bupropion hydrochloride er</i>	60, 61, 82	<i>cefepime</i>	30
<i>bupirone hcl</i>	59	<i>cefixime</i>	30
<i>bupirone hydrochloride</i>	59	<i>cefotetan</i>	30
<i>butorphanol</i>	16	<i>cefoxitin sodium</i>	30
<i>butorphanol tartrate</i>	16	<i>cefpodoxime proxetil</i>	30
C		<i>cefprozil</i>	30
<i>cabergoline</i>	101	<i>ceftazidime</i>	30
CABOMETYX.....	39	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	30
<i>calcipotriene</i>	138	<i>ceftriaxone sodium</i>	30
<i>calcitonin-salmon</i>	88	CEFTRIAZONE SODIUM.....	30
<i>calcitrene</i>	138	<i>cefuroxime axetil</i>	30
<i>calcitriol</i>	104	<i>cefuroxime sodium</i>	31
CALCITRIOL.....	139	<i>celecoxib</i>	13
CALQUENCE.....	39	<i>cephalexin</i>	31
<i>camila</i>	91	CERDELGA.....	101
CAMRESE.....	91	<i>cetirizine hydrochloride</i>	132
		<i>cevimeline hydrochloride</i>	143

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>charlotte 24 fe</i>	91	<i>clobazam</i>	71
<i>chateal eq</i>	91	<i>clobetasol propionate</i>	139
CHEMET	89	<i>clobetasol propionate e</i>	139
<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	18	<i>clodan</i>	139
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	59	<i>clomipramine hydrochloride</i>	61
<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	59	<i>clonazepam</i>	71
<i>chlorhexidine gluconate</i>	143	<i>clonazepam tabs. bucodispersables</i>	71
<i>chloroquine phosphate</i>	23	<i>clonidine</i>	57
<i>chlorpromazine hcl</i>	66	<i>clonidine hydrochloride</i>	57
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	66	<i>clopidogrel</i>	114
<i>chlorthalidone</i>	56	<i>clorazepate dipotassium</i>	71
<i>cholestyramine</i>	52	<i>clorzoxazone</i>	81
<i>cholestyramine light</i>	52	<i>clotrimazole</i>	137, 138
<i>ciclopirox</i>	137	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	137
<i>ciclopirox olamine</i>	137	<i>clotrimazole past. para chup.</i>	143
<i>cilostazol</i>	113	<i>clozapine</i>	66
CILOXAN	126	<i>clozapine tabs. bucodispersables</i>	66
CIMDUO	26	CLOZAPINE TABS. BUCODISPERSABLES	66
<i>cimetidine</i>	106	COARTEM	23
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	61, 101	COBENFY	66, 67
CIPROFLOXACIN	32, 126, 131	CODEINE SULFATE	16
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	131	<i>colchicine</i>	13
<i>ciprofloxacin hcl</i>	32	<i>colesevelam hydrochloride</i>	52
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	32, 126	<i>colestipol</i>	52
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	32	<i>colistimethate sodium</i>	19
CIPRO HC	130	COMBIGAN	129
<i>citalopram hydrobromide</i>	61	COMBIVENT RESPIMAT	131
<i>claravis</i>	136	COMETRIQ KIT	39
<i>clarithromycin</i>	31	COMPLERA	26
<i>clarithromycin er</i>	31	<i>compro</i>	104
<i>clemastine fumarate</i>	132	<i>constulose</i>	107
CLENPIQ	107	COPIKTRA	39
<i>clindacin</i>	136	CORLANOR	57
<i>clindamycin</i>	18, 136	COSENTYX	114, 115
<i>clindamycin hcl</i>	18	COSENTYX SENSOREADY PEN	114
<i>clindamycin hydrochloride</i>	18	COSENTYX UNOREADY	114
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	18	COTELLIC	39
<i>clindamycin phosphate</i>	18, 111, 136	CREON	108
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	18	<i>cromolyn sodium</i>	108, 128, 134
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE	18	<i>cryselle-28</i>	91
CLINIMIX 6/5	125	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	81
CLINIMIX 8/10	125	<i>cyclophosphamide</i>	35
CLINIMIX 8/14	125	CYCLOPHOSPHAMIDE	35
CLINIMIX/DEXTROSE	125	<i>cycloserine</i>	27
<i>clinisol sf</i>	125	<i>cyclosporine</i>	118
CLINOLIPID	125	<i>cyclosporine modified</i>	118
<i>clinpro 5000</i>	143	<i>cyproheptadine hcl</i>	132

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	132	<i>dextroamphetamine</i>	77
<i>cyred eq</i>	91	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	77
CYSTAGON	101	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	77
CYSTARAN	130	<i>dextrose</i>	121, 122, 125
D		DEXTROSE	121, 122, 125
<i>dabigatran</i>	111	DEXTROSE/ELECTROLYTE #48 VIAFLEX	121
<i>dalfampridine er</i>	81	DEXTROSE/LACTATED RINGERS	122
<i>danazol</i>	83	DEXTROSE/NACL	122
<i>dantrolene</i>	81	DIACOMIT	71
DANZITEN	39	<i>diazepam</i>	71, 72
<i>dapsone</i>	19, 136	DIAZEPAM GEL RECTAL	71
DAPTACEL	119	<i>diazoxide</i>	101
<i>daptomycin</i>	19	<i>diclofenac potassium</i>	13
DAPTOMYCIN	19	<i>diclofenac sodium</i>	128, 142
<i>darunavir</i>	23	<i>diclofenac sodium dr</i>	13
<i>dasatinib</i>	39	<i>diclofenac sodium er</i>	14
<i>dasetta 1/35</i>	91	<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	14
<i>dasetta 7/7/7</i>	91	<i>dicloxacillin sodium</i>	33
DAURISMO	39	<i>dicyclomine hcl</i>	106
<i>daysee</i>	91	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	106
DAYVIGO	78	DIFICID	31
<i>deblitane</i>	91	<i>diflunisal</i>	14
<i>deferasirox</i>	89	<i>difluprednate</i>	128
DELSTRIGO	26	<i>digox</i>	57
<i>delyla</i>	91	<i>digoxin</i>	57
DENGVAXIA	119	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	79
<i>denta</i>	143	DILANTIN	72
<i>dentagel</i>	143	DILANTIN-125	72
DEPO-SUBQ PROVERA	91	DILANTIN INFATABS	72
DESCOVY	26	<i>diltiazem</i>	54
<i>desipramine hydrochloride</i>	61	<i>diltiazem hcl</i>	54
<i>desloratadine</i>	132	DILTIAZEM HCL	54
<i>desloratadine tabs. bucodispersables</i>	132	<i>diltiazem hcl cd</i>	54
<i>desmopressin acetate</i>	101, 102	<i>diltiazem hcl er</i>	54
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	91	<i>diltiazem hydrochloride</i>	54, 55
<i>desonide</i>	140	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	54
<i>desoximetasone</i>	140	<i>dilt-xr</i>	54
<i>desvenlafaxine er</i>	61	DIMENHYDRINATE	104
<i>dexamethasone</i>	100, 128	<i>diphenhydramine</i>	132
DEXAMETHASONE INTENSOL	100	<i>diphenoxylate/atropine</i>	108
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	128	<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	108
<i>dexlansoprazole</i>	109	<i>dipyridamole</i>	114
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	77	<i>disopyramide phosphate</i>	50
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	77	<i>disulfiram</i>	82
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	77	<i>divalproex sodium dr</i>	72
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	77	<i>divalproex sodium er</i>	72
		<i>dofetilide</i>	50

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>dolishale</i>	92	EMCYT	36
<i>donepezil hcl</i>	59, 60	EMEND	105
<i>donepezil hydrochloride</i>	60	EMSAM	61
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	129	<i>emtricitabine</i>	24, 26
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	129	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	26
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	129	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	26
<i>dotti</i>	99	EMTRIVA	24
DOVATO	26	EMVERM	19
<i>doxazosin mesylate</i>	48	<i>emzahh</i>	92
<i>doxepin hcl</i>	61	<i>enalapril maleate</i>	48
<i>doxepin hydrochloride</i>	61, 78	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	47
DOXEPIN HYDROCHLORIDE	142	ENBREL	115
<i>doxercalciferol</i>	104	ENBREL MINI	115
<i>doxy 100</i>	34	ENBREL SURECLICK	115
<i>doxycycline</i>	34	ENDARI	113
DOXYCYCLINE	142	<i>endocet</i>	16
<i>doxycycline hyclate</i>	34	ENGERIX-B	119
<i>doxycycline monohydrate</i>	34	<i>enilloring</i>	92
DRIZALMA	61	<i>enoxaparin sodium</i>	111
<i>dronabinol</i>	105	<i>enpresse-28</i>	92
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	92	<i>enskyce</i>	92
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i> ..	92	<i>entacapone</i>	64
<i>droxidopa</i>	57	<i>entecavir</i>	28
DUAVEE	99	ENTRESTO	49
DULERA	135	<i>enulose</i>	107
<i>duloxetine hcl</i>	61	EPCLUSA	28
<i>duloxetine hydrochloride</i>	61	EPIDIOLEX	72
DUPIXENT	115	<i>epinastine hcl</i>	129
<i>dutasteride</i>	110	<i>epinephrine</i>	134
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	110	<i>epitol</i>	72
E		<i>eplerenone</i>	48
<i>econazole nitrate</i>	138	<i>epoprostenol sodium</i>	58
EDARBI	50	EPRONTIA	72
EDARBYCLOR	49	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	79
EDURANT	23	ERIVEDGE	39
<i>efavirenz</i>	23	ERLEADA	36
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	26	<i>erlotinib hydrochloride</i>	39
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	26	<i>errin</i>	92
<i>effe-k</i>	123	ERTACZO	138
<i>electrolitos múltiples</i>	123	<i>ertapenem</i>	19
<i>eletriptan hydrobromide</i>	79	<i>ery</i>	136
ELIGARD	36	<i>erythromycin</i>	126, 136
<i>elinest</i>	92	<i>erythromycin base</i>	31
ELIQUIS	111	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	136
ELIQUIS PAQ. INICIAL	111	<i>erythromycin dr</i>	31
<i>eluryng</i>	92	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	31
		<i>erythromycin lactobionate</i>	32

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>escitalopram oxalate</i>	61, 62	<i>fesoterodine fumarate er</i>	110
<i>esomeprazole magnesium</i>	109	FETZIMA	62
<i>esomeprazole sodium</i>	109	FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	62
<i>estarylla</i>	92	FIASP.....	84
<i>estradiol</i>	99	FIASP FLEXTOUCH.....	84
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	99	FIASP PENFILL.....	84
<i>estradiol valerate</i>	99	<i>finasteride</i>	110
ESTRING.....	99	<i>fingolimod</i>	81
<i>ethambutol hydrochloride</i>	27	FINTEPLA.....	72
<i>ethosuximide</i>	72	<i>finzala</i>	92
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	92	FIRMAGON	36
<i>etodolac</i>	14	<i>flac</i>	131
<i>etodolac er</i>	14	FLAREX.....	128
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	92	<i>flecainide acetate</i>	50
<i>etravirine</i>	24	<i>fluconazole</i>	22
EULEXIN	36	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	22
<i>euthyrox</i>	103	<i>fluconazole/sodium chloride</i>	22
<i>everolimus</i>	39, 40, 118	<i>flucytosine</i>	22
EVOTAZ.....	26	<i>fludrocortisone acetate</i>	100
<i>exemestane</i>	36	<i>flunisolide</i>	135
EXKIVITY.....	40	<i>fluocinolone acetonide</i>	131, 140
EXTENCILLINE.....	33	<i>fluocinolone acetonide corporal</i>	140
EYSUVIS.....	130	<i>fluocinonide</i>	140
<i>ezetimibe</i>	52	<i>fluocinonide base emulsionada</i>	140
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	52	<i>fluoride</i>	123
F		<i>fluoridex</i>	144
<i>falmina</i>	92	<i>fluoridex alivio de la sensibilidad/sin lauril sulfato de sodio</i>	144
<i>famciclovir</i>	28	<i>fluorimax 5000</i>	144
<i>famotidine</i>	106	<i>fluorimax 5000 sensitive</i>	144
<i>famotidine premixed</i>	106	FLUOROMETHOLONE.....	128
FANAPT	67	<i>fluorouracil</i>	142
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	67	FLUOROURACIL.....	142
FARXIGA	85	<i>fluoxetine dr</i>	62
FASENRA.....	134	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	62
FASENRA PEN	134	<i>fluphenazine decanoate</i>	67
<i>febuxostat</i>	13	<i>fluphenazine hcl</i>	67
<i>feirza</i>	92	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	67
<i>felbamate</i>	72	<i>furbiprofen</i>	14
<i>felodipine er</i>	55	<i>furbiprofen sodium</i>	128
<i>fenofibrate</i>	51	<i>fluticasone</i>	135, 136
<i>fenofibrate micronized</i>	51	<i>fluticasone propionate</i>	135, 140
<i>fenofibric acid dr</i>	51	<i>fluvastatin</i>	51
<i>fenoprofen calcium</i>	14	<i>fluvastatin sodium er</i>	51
FENOPROFEN CALCIUM	14	<i>fluvoxamine maleate</i>	59
<i>fentanyl</i>	15, 16	<i>fluvoxamine maleate er</i>	59
<i>fentanyl citrate</i>	16	<i>fomepizole</i>	102

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fondaparinux sodium</i>	112	<i>glimepiride</i>	85
<i>fosamprenavir calcium</i>	24	<i>glipizide</i>	86
<i>fosinopril sodium</i>	47, 48	<i>glipizide er</i>	85
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	47	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	85
<i>fosphenytoin sodium</i>	72	<i>glipizide xl</i>	85
FOTIVDA	40	<i>glycopyrrolate</i>	106
FRAGMIN	112	GLYXAMBI	86
<i>fraiche</i>	144	GOLYTELY	107
FRUZAQLA	40	GOMEKLI	40
<i>furosemide</i>	56	<i>granisetron hydrochloride</i>	105
FUZEON.....	24	<i>griseofulvin microsize</i>	22
<i>fyavolv</i>	99	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	22
FYCOMPA.....	72	<i>guanfacine</i>	77
G		<i>guanfacine hydrochloride</i>	57, 77
<i>gabapentin</i>	72, 73	H	
<i>galantamine hydrobromide</i>	60	HAEGARDA	113
<i>galantamine hydrobromide er</i>	60	<i>hailey 1.5/30</i>	92
<i>gallifrey</i>	103	<i>hailey 24 fe</i>	92
GAMASTAN	117	<i>hailey fe 1.5/30</i>	92
GAMMAKED.....	117	<i>hailey fe 1/20</i>	93
GAMUNEX-C	117	<i>halobetasol propionate</i>	140
<i>ganciclovir</i>	28	<i>haloette</i>	93
GARDASIL 9	119	<i>haloperidol</i>	67
GASAS	84	<i>haloperidol decanoate</i>	67
<i>gatifloxacin</i>	127	<i>haloperidol lactate</i>	67
GATTEX	108	HARVONI	28
<i>gavilyte-c</i>	107	HAVRIX	119
<i>gavilyte-g</i>	107	<i>heather</i>	93
<i>gavilyte-n/paquete saborizado</i>	107	<i>heparin sodium</i>	112
GAVRETO	40	HEPARIN SODIUM.....	112
<i>gefitinib</i>	40	HEPARIN SODIUM/D5W	112
<i>gemfibrozil</i>	51	HEPARIN SODIUM/DEXTROSE.....	112
GEMTESA.....	110	HEPARIN SODIUM/NaCl	112
<i>generlac</i>	107	HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE.....	112
<i>gengraf</i>	118	HEPLISAV-B	119
GENOTROPIN	102	HIBERIX	119
GENOTROPIN MINIQUICK	102	HUMIRA.....	115
<i>gentamicin sulfate</i>	19, 127, 137	HUMIRA PEN.....	115
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride</i>	19	HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO).....	84
<i>gentamicin sulfate pediátrico</i>	19	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	84
<i>gentamicin sulfate/sodium chloride</i>	19	<i>hydralazine</i>	57
GENVOYA	26	<i>hydralazine hydrochloride</i>	57
GILOTRIF	40	<i>hydrochlorothiazide</i>	56
<i>glatiramer acetate</i>	81	<i>hydrocodone</i>	16
<i>glatopa</i>	81	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	17
GLEOSTINE.....	35	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	15

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	17	<i>introvale</i>	93
<i>hydrocortisone</i>	100, 107, 140, 141	INVEGA HAFYERA.....	67
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	131	INVEGA SUSTENNA.....	67
<i>hydrocortisone perianal</i>	142	INVEGA TRINZA.....	67, 68
<i>hydrocortisone valerate</i>	140	IPOL INACTIVATED IPV	120
<i>hydromorphone hcl</i>	17	<i>ipratropium bromide</i>	131, 132
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE	17	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	131
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	117	<i>irbesartan</i>	49, 50
<i>hydroxyurea</i>	37	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	49
<i>hydroxyzine hcl</i>	132	ISENTRESS.....	24
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	132	ISENTRESS HD	24
<i>hydroxyzine pamoate</i>	132	<i>isibloom</i>	93
I		ISOLYTE-P/DEXTROSE.....	122
<i>ibandronate sodium</i>	88	ISOLYTE-S.....	122
IBRANCE	40	ISOLYTE-S PH 7.4.....	122
<i>ibu</i>	14	<i>isoniazid</i>	27
<i>ibuprofen</i>	14	<i>isosorbide dinitrate</i>	58
<i>icatibant acetate</i>	113	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	57
<i>iclevia</i>	93	<i>isosorbide mononitrate</i>	58
ICLUSIG.....	40	<i>isosorbide mononitrate er</i>	58
IDACIO.....	115	<i>isotonic gentamicin</i>	19
IDACIO PAQ. INICIAL PARA ENFERMEDAD DE		<i>isotretinoin</i>	137
CHRON	115	<i>isradipine</i>	55
IDACIO PAQUETE INICIAL PARA LA PSORIASIS		ITOVEBI.....	41
EN PLACAS.....	115	<i>itraconazole</i>	22
IDHIFA	40	<i>ivabradine hydrochloride</i>	57
<i>imatinib mesylate</i>	40	<i>ivermectin</i>	19
IMBRUVICA.....	40, 41	IWIFIN.....	37
<i>imipenem/cilastatin</i>	19	IXCHIQ.....	120
<i>imipramine hcl</i>	62	IXIARO.....	120
<i>imipramine hydrochloride</i>	62	J	
<i>imiquimod</i>	142	<i>jaimiess</i>	93
IMIQUIMOD BOMBA	142	JAKAFI.....	41
IMKELDI.....	41	<i>jantoven</i>	112
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	120	JANUMET	86
IMPAVIDO	19	JANUMET XR	86
INBRIJA	65	JANUVIA	86
<i>incassia</i>	93	JARDIANCE	86
INCRELEX.....	102	<i>jasmiel</i>	93
INCRUSE ELLIPTA.....	131	<i>javygtor</i>	102
<i>indapamide</i>	56	JAYPIRCA.....	41
INFANRIX.....	120	<i>jencycla</i>	93
INLYTA.....	41	JENTADUETO	86
INQOVI	35	JENTADUETO XR.....	86
INREBIC.....	41	<i>jinteli</i>	99
INTELENCE.....	24	JOLESSA.....	93

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>juleber</i>	93	<i>lactated ringers</i>	122
JULUCA	26	<i>lactulose</i>	108
<i>junel 1.5/30</i>	93	<i>lamivudine</i>	24, 28
<i>junel 1/20</i>	93	<i>lamivudine/zidovudine</i>	26
<i>junel fe 1.5/30</i>	93	<i>lamotrigine</i>	73
<i>junel fe 1/20</i>	93	<i>lamotrigine er</i>	73
<i>junel fe 24</i>	93	<i>lamotrigine kit inicial/azul</i>	73
<i>just right 5000</i>	144	<i>lamotrigine kit inicial/naranja</i>	73
JYLAMVO	117	<i>lamotrigine kit inicial/verde</i>	73
JYNNEOS	120	<i>lamotrigine tabs. bucodispersables</i>	73
K		<i>lansoprazole</i>	109
<i>kaitlib fe</i>	93	LANTUS	84
<i>kalliga</i>	93	LANTUS SOLOSTAR	84
KALYDECO	134	<i>lapatinib ditosylate</i>	41
<i>kariva</i>	93	<i>larin 1.5/30</i>	94
KCL/D5W/NACL	122	<i>larin 1/20</i>	94
<i>kelnor 1/35</i>	94	<i>larin 24 fe</i>	94
<i>kelnor 1/50</i>	94	<i>larin fe 1.5/30</i>	94
KERENDIA	48	<i>larin fe 1/20</i>	94
KESIMPTA	81	<i>latanoprost</i>	129
<i>ketoconazole</i>	22, 138	LAZCLUZE	41
<i>ketodan</i>	138	<i>leftunomide</i>	117
<i>ketoprofen er</i>	14	<i>lenalidomide</i>	37
<i>ketorolac tromethamine</i>	14, 128	LENTOCILIN	33
KINRIX	120	LENVIMA	42
<i>kionex</i>	89	LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA	42
KISQALI	41	LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA	41
KISQALI FEMARA DOSIS DE 200	41	LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA	42
KISQALI FEMARA DOSIS DE 400	41	LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA	42
KISQALI FEMARA DOSIS DE 600	41	LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA	42
<i>klayesta</i>	138	LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA	42
<i>klor-con</i>	124	<i>lessina</i>	94
<i>klor-con 8</i>	124	<i>letrozole</i>	36
<i>klor-con 10</i>	123	<i>leucovorin calcium</i>	47
<i>klor-con m10</i>	124	LEUKERAN	35
<i>klor-con m15</i>	124	<i>leuprolide acetate</i>	36
<i>klor-con m20</i>	124	<i>levalbuterol</i>	133
KOSELUGO	41	<i>levalbuterol hcl</i>	133
<i>kourzeq</i>	144	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	133
KRAZATI	41	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	133
KRISTALOSE	107	<i>levetiracetam</i>	73
<i>kurvelo</i>	94	<i>levetiracetam er</i>	73
L		<i>levetiracetam/sodium chloride</i>	73
<i>labetalol hydrochloride</i>	53	<i>levobunolol hcl</i>	129
<i>lacosamide</i>	73	<i>levocarnitine</i>	102
		LEVOCARNITINE	102
		<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	132

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>levofloxacin</i>	32, 127	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	49
<i>levofloxacin in d5w</i>	32	LOTEMAX	128
<i>levonest</i>	94	LOTEMAX SM	128
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	94	<i>loteprednol etabonate</i>	128
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	94	<i>lovastatin</i>	52
<i>levora</i>	94	<i>low-ogestrel</i>	95
<i>levo-t</i>	103	<i>loxapine</i>	68
<i>levothyroxine sodium</i>	103	<i>lo-zumandimine</i>	94
LEVOTHYROXINE SODIUM	104	LUMAKRAS	42
<i>levoxyl</i>	104	LUMIGAN	129
<i>l-glutamine</i>	113	LUPRON DEPOT	36
<i>lidocaine</i>	13, 141	LUPRON DEPOT-PED	102
<i>lidocaine hcl</i>	50	<i>lurasidone hydrochloride</i>	68
LIDOCAINE HCL	50	<i>lutera</i>	95
LIDOCAINE HCL IN D5W	50	<i>lyleq</i>	95
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	144	<i>lyllana</i>	99
<i>lidocaine/prilocaine</i>	141	LYNPARZA	42
<i>lidocaine viscous</i>	144	LYSODREN	36
<i>lidocan</i>	141	LYTGObI	42
LILERVANT	73	<i>lyza</i>	95
LILETTA	94		
<i>linezolid</i>	19, 20	M	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE	19	<i>magnesium sulfate</i>	122
LINZESS	108	MAGNESIUM SULFATE	122
<i>liothyronine sodium</i>	104	<i>malathion</i>	143
LIRAGLUTIDE	86	<i>maraviroc</i>	24
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	77	<i>marlissa</i>	95
<i>lisinopril</i>	47, 48	MARPLAN	62
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	47	MATULANE	37
<i>lithium</i>	80	<i>matzim la</i>	55
<i>lithium carbonate</i>	80	MAVYRET	28
<i>lithium carbonate er</i>	80	<i>meclizine hcl</i>	105
LIVTENCITY	28	<i>meclizine hydrochloride</i>	105
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	94	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	95, 103
<i>loestrin 1/20-21</i>	94	<i>mefloquine</i>	23
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	94	<i>megestrol acetate</i>	36, 103
<i>loestrin fe 1/20</i>	94	MEKINIST	42
<i>lojaimiess</i>	94	MEKTOVI	42
LOKELMA	89	<i>meloxicam</i>	14
LONSURF	35	<i>memantine hcl</i>	60
<i>loperamide</i>	108	<i>memantine hydrochloride</i>	60
<i>lopinavir/ritonavir</i>	26	<i>memantine hydrochloride er</i>	60
<i>lorazepam</i>	59	MENACTRA	120
<i>lorazepam intensol</i>	59	MENQUADFI	120
LORBRENA	42	MENVEO	120
<i>loryna</i>	95	<i>mercaptopurine</i>	35
<i>losartan potassium</i>	50	<i>meropenem</i>	20

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>mesalamine</i>	107	<i>mimvey</i>	99
<i>mesalamine dr</i>	107	<i>minocycline</i>	34
<i>mesna</i>	47	<i>minocycline hcl</i>	34
MESNEX TABLETA	47	<i>minocycline hydrochloride</i>	34
<i>metformin hydrochloride</i>	86, 87	<i>minoxidil</i>	58
<i>metformin hydrochloride er</i>	86	<i>mirtazapine</i>	62
<i>methadone hcl</i>	15	<i>mirtazapine tabs. bucodispersables</i>	62
METHADONE HCL	15	<i>misoprostol</i>	108
<i>methazolamide</i>	56	M-M-R II	120
<i>methenamine hippurate</i>	20	M-NATAL PLUS	124
<i>methenamine mandelate</i>	20	<i>modafinil</i>	82
<i>methergine</i>	102	<i>moexipril</i>	48
<i>methimazole</i>	104	<i>molindone hydrochloride</i>	68
<i>methotrexate sodium</i>	35, 117	<i>mometasone furoate</i>	135, 141
<i>methoxsalen</i>	139	<i>mondoxyne nl</i>	34
<i>methscopolamine bromide</i>	106	<i>mono-lynyah</i>	95
<i>methsuximide</i>	73	<i>montelukast sodium</i>	133
<i>methylergonovine maleate</i>	102	<i>morphine</i>	17
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	78	<i>morphine sulfate</i>	17
<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	77	<i>morphine sulfate er</i>	15, 16
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	77, 78	MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE	16
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER	78	MOUNJARO	87
<i>methylprednisolone</i>	100	MOVANTIK	108
<i>methylprednisolone acetate</i>	100	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	32, 127
<i>methylprednisolone sodium succinate</i>	100	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	32
<i>methyltestosterone</i>	83	MRESVIA	120
<i>metoclopramide</i>	105	MULTAQ	50
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	105	<i>multivitamin</i>	124
<i>metoclopramide tabs. bucodispersables</i>	105	<i>multi-vitamin/fluoride</i>	124
<i>metolazone</i>	56	<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	124
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	53	<i>mupirocin</i>	137
<i>metoprolol succinate er</i>	53	<i>mycamine</i>	22
<i>metoprolol tartrate</i>	53	<i>mycophenolate mofetil</i>	118
<i>metronidazole</i>	20, 111, 142	<i>mycophenolic acid dr</i>	118
<i>metyrosine</i>	57	MYRBETRIQ	110
<i>mibelas 24 fe</i>	95	N	
<i>micafungin</i>	22	<i>nabumetone</i>	14
<i>miconazole 3</i>	111	<i>nadolol</i>	54
MICROGESTIN 1.5/30	95	<i>nafcillin sodium</i>	33
MICROGESTIN 1/20	95	<i>naftifine</i>	138
MICROGESTIN FE 1.5/30	95	<i>naloxone hcl</i>	82
MICROGESTIN FE 1/20	95	<i>naloxone hydrochloride</i>	82
<i>midodrine</i>	57	<i>naltrexone</i>	82
MIEBO	130	NAMZARIC	60
<i>mifepristone</i>	102	<i>naproxen</i>	15
<i>miglitol</i>	87	<i>naproxen dr</i>	15
<i>mili</i>	95		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>naproxen sodium</i>	15	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	95
<i>naratriptan hcl</i>	79	<i>norethindrone</i>	96
NATACYN	127	<i>norethindrone acetate</i>	103
<i>nateglinide</i>	87	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	96, 99
NAYZILAM	74	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	95
<i>nebivolol hydrochloride</i>	54	<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	96
<i>necon 0.5/35-28</i>	95	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	96
<i>nefazodone hydrochloride</i>	62	NORITATE	142
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	127	<i>norlyda</i>	96
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	126	<i>norlyroc</i>	96
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	126	NORPACE CR	50
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	127	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	96
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	131	<i>nortrel 1/35</i>	96
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	126, 131	<i>nortrel 7/7/7</i>	96
<i>neomycin sulfate</i>	20	<i>nortriptyline hcl</i>	62
NEONATAL PLUS	124	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	62
<i>neo-polycin</i>	126, 127	NORVIR	24
<i>neo-polycin hc</i>	126	NOVOLIN 70/30	84
NERLYNX	43	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	84
<i>nevirapine</i>	24	NOVOLIN N	84
<i>nevirapine er</i>	24	NOVOLIN N FLEXPEN	84
NEXLETOL	52	NOVOLIN R	84
NEXLIZET	52	NOVOLIN R FLEXPEN	84
NEXPLANON	95	NOVOLOG	84, 85
<i>niacin</i>	52	NOVOLOG MIX 70/30	85
<i>niacin er</i>	52	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	85
<i>niacor</i>	52	NUBEQA	36
<i>nicardipine hcl</i>	55	NUEDEXTA	80
NICOTROL INHALADOR	82	NULOJIX	118
NICOTROL NS	82	NUPLAZID	68
<i>nifedipine er</i>	55	NURTEC	79
<i>nikki</i>	95	NUTRILIPID	125
<i>nilutamide</i>	36	NUZYRA	34
NINLARO	43	<i>nyamyc</i>	138
<i>nisoldipine</i>	55	<i>nylia 1/35</i>	96
<i>nitazoxanide</i>	20	<i>nylia 7/7/7</i>	96
<i>nitisinone</i>	102	<i>nystatin</i>	22, 138, 144
NITRO-BID	58	<i>nystop</i>	138
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	20	O	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	20	OCELLA	96
<i>nitroglycerin</i>	58, 142	OCTAGAM	117
NITROGLYCERIN	58	<i>octreotide acetate</i>	102
<i>nitroglycerin transdermal</i>	58	ODEFSEY	26
<i>nitroglycerin translingual</i>	58	ODOMZO	43
NIVA-PLUS	124	OFEV	134
<i>nizatidine</i>	107		
NORA-BE	95		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ofloxacin</i>	127, 131	<i>paroxetine hcl er</i>	62, 63
OGSIVEO	43	<i>paroxetine hydrochloride</i>	63
OJEMDA	43	PAXLOVIA	28
OJJAARA	43	PAXLOVID	28
<i>olanzapine</i>	68	<i>pazopanib hydrochloride</i>	43
<i>olanzapine tabs. bucodispersables</i>	68	PEDIARIX	120
<i>olmesartan medoxomil</i>	50	PEDVAX HIB	120
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/ hydrochlorothiazide</i>	49	<i>peg-3350/electrolitos</i>	108
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	49	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	108
<i>olopatadine hcl</i>	132	PEGASYS	28
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	52	PEMAZYRE	43
<i>omeprazole</i>	109	PENBRAYA	120
<i>omeprazole dr</i>	109	<i>penicillamine</i>	89
ONCASPAR	38	<i>penicillin g potassium</i>	33
<i>ondansetron bucodispersables</i>	105	PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	33
<i>ondansetron hcl</i>	105	<i>penicillin g sodium</i>	33
<i>ondansetron hydrochloride</i>	105	<i>penicillin v potassium</i>	34
<i>ondansetron tabs. bucodispersables</i>	105	PENTACEL	120
ONUREG	35	<i>pentamidine isethionate</i>	20
OPSUMIT	58	<i>pentoxifylline er</i>	113
<i>oralone pasta dental</i>	144	<i>perindopril erbumine</i>	48
ORGOVYX	36	<i>periogard</i>	144
ORKAMBI	134	<i>permethrin</i>	143
ORSERDU	37	<i>perphenazine</i>	63, 68
<i>orsythia</i>	96	<i>perphenazine/amitriptyline</i>	63
<i>oseltamivir phosphate</i>	28	<i>phenelzine sulfate</i>	63
<i>oxacillin sodium</i>	33	<i>phenobarbital</i>	74
<i>oxaprozin</i>	15	<i>phenobarbital sodium</i>	74
<i>oxazepam</i>	59	<i>phenytek</i>	74
<i>oxcarbazepine</i>	70, 74	<i>phenytoin</i>	74
<i>oxybutynin chloride</i>	111	<i>phenytoin sodium</i>	74
<i>oxybutynin chloride er</i>	110	<i>phenytoin sodium er</i>	74
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	18	<i>philith</i>	96
<i>oxycodone hcl</i>	17	PHOSPHOLINE IODIDE	129
<i>oxycodone hydrochloride</i>	17, 18	PIFELTRO	24
OZEMPIC	87	<i>pilocarpine</i>	129, 144
P		<i>pilocarpine hcl</i>	129
<i>pacerone</i>	51	<i>pimecrolimus</i>	142
<i>paliperidone er</i>	68	<i>pimozide</i>	68
<i>pamidronate disodium</i>	88	<i>pimtrea</i>	96
PAMIDRONATE DISODIUM	88	<i>pindolol</i>	54
PANRETIN	142	<i>pioglitazone hcl</i>	87
<i>pantoprazole sodium</i>	109	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	87
<i>paricalcitol</i>	104	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	87
<i>paroxetine hcl</i>	63	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	87
		<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	34

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PIQRAY	43	<i>primaquine phosphate</i>	23
<i>pirfenidone</i>	134	<i>primidone</i>	74
<i>piroxicam</i>	15	PRIORIX.....	120
<i>plenamine</i>	125	PRIVIGEN.....	117
PLENVU.....	108	<i>probenecid</i>	13
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN.....	124	<i>probenecid/colchicine</i>	13
<i>podofilox</i>	142	<i>prochlorperazine</i>	105
<i>polycin</i>	127	<i>prochlorperazine edisylate</i>	105
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	127	<i>prochlorperazine maleate</i>	105
POMALYST	37	PROCRIT.....	113
<i>portia-28</i>	96	<i>proctocort</i>	143
<i>posaconazole</i>	22	<i>procto-med hc</i>	142
<i>posaconazole dr</i>	22	<i>proctosol hc</i>	141
<i>potassium</i>	124	<i>proctozone-hc</i>	143
POTASSIUM.....	123	<i>progesterone</i>	103
<i>potassium chloride</i>	123, 124	PROGRAF PAQUETE	118
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE.....	123	PROLASTIN-C.....	134
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE.....	123	PROLENSA.....	128
<i>potassium chloride/sodium chloride</i>	123	PROLIA	88
POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE... 123		<i>promethazine hcl</i>	105
<i>potassium citrate er</i>	110	<i>promethazine hydrochloride</i>	105, 106
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	65	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	106
<i>prasugrel</i>	114	<i>promethegan</i>	106
<i>pravastatin sodium</i>	52	<i>propafenone hcl</i>	51
<i>praziquantel</i>	20	<i>propafenone hydrochloride</i>	51
<i>prazosin hydrochloride</i>	48	<i>propafenone hydrochloride er</i>	51
<i>prednisolone</i>	100	<i>proparacaine hcl</i>	130
<i>prednisolone acetate</i>	128	<i>propranolol hcl</i>	54
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	100	<i>propranolol hydrochloride</i>	54
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	128	<i>propranolol hydrochloride er</i>	54
<i>prednisone</i>	100, 101	<i>propylthiouracil</i>	104
PREDNISON INTENSOL	100	PROQUAD	120
<i>pregabalin</i>	74	PROSOL	126
<i>pregabalin er</i>	80	<i>protriptyline hcl</i>	63
PREMARIN	99	PULMOZYME	134
PREMASOL	125	PURIXAN.....	35
PREMPRO	100	PYCHIVA	116
PRENATAL.....	124	<i>pyrazinamide</i>	27
PRENATAL PLUS.....	124	<i>pyridostigmine bromide</i>	80
PRETOMANID	27	<i>pyridostigmine bromide er</i>	80
<i>prevalite</i>	52	<i>pyrimethamine</i>	20
<i>prevident</i>	144	PYZCHIVA.....	116
PREVYMIS	28	Q	
PREZCOBIX	26	QINLOCK.....	43
PREZISTA	24, 25	QUADRACEL.....	120
PRIFTIN	27	<i>quetiapine fumarate</i>	68, 69

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>quetiapine fumarate er</i>	68	<i>rivastigmine tartrate</i>	60
<i>quinapril hydrochloride</i>	48	RIVELSA.....	96
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	47	<i>rizatriptan benzoate</i>	79
<i>quinidine sulfate</i>	51	<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i>	79
<i>quinine sulfate</i>	23	ROCKLATAN.....	130
QULIPTA.....	79	<i>roflumilast</i>	134
R		<i>romidepsin</i>	44
RABAVERT.....	120	ROMVIMZA.....	44
<i>rabeprazole sodium</i>	109	<i>ropinirole er</i>	65
RALDESY.....	63	<i>ropinirole hcl</i>	65
<i>raloxifene hydrochloride</i>	103	<i>ropinirole hydrochloride</i>	65
<i>ramipril</i>	48	<i>rosuvastatin calcium</i>	52
<i>ranolazine er</i>	58	ROTARIX.....	121
<i>rasagiline mesylate</i>	65	ROTATEQ.....	121
<i>reclipsen</i>	96	<i>roweepra</i>	74
RECOMBIVAX HB.....	121	ROZLYTREK.....	44
RECTIV.....	143	RUBRACA.....	44
REGRANEX.....	143	<i>rufinamide</i>	74
RELENZA DISKHALER.....	29	RUKOBIA.....	25
<i>repaglinide</i>	87	RYBELSUS.....	87
REPATHA.....	52, 53	RYDAPT.....	44
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	53	S	
REPATHA SURECLICK.....	53	<i>sajazir</i>	113
RESTASIS.....	130	SANDIMMUNE.....	119
RESTASIS MULTIDOSE.....	130	SANTYL.....	143
RETEVMO.....	43	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	103
REVUFORJ.....	43, 44	SCSEMBLIX.....	44
REXULTI.....	69	<i>scopolamine</i>	106
REYATAZ.....	25	SECUADO.....	69
REZLIDHIA.....	44	<i>selegiline hcl</i>	65
REZUROCK.....	119	<i>selenium sulfide</i>	138
RHOPRESSA.....	130	SELZENTRY.....	25
<i>ribavirin</i>	29	SEREVENT DISKUS.....	133
<i>rifabutin</i>	27	<i>sertraline hcl</i>	63
<i>rifampin</i>	27	<i>sertraline hydrochloride</i>	63
<i>riluzole</i>	80	<i>setlakin</i>	96
<i>rimantadine hydrochloride</i>	29	<i>sf 144</i>	
RINGERS.....	123	<i>sharobel</i>	97
RINVOQ.....	116	SHINGRIX.....	121
<i>risedronate sodium</i>	89	SIGNIFOR.....	103
<i>risedronate sodium dr</i>	88	SIKLOS.....	113
<i>risperidone</i>	69	<i>sildenafil</i>	59
<i>risperidone er</i>	69	<i>sildenafil citrate</i>	58
<i>risperidone tabs. bucodispersables</i>	69	<i>silodosin</i>	110
<i>ritonavir</i>	25	<i>silver sulfadiazine</i>	137
<i>rivastigmine sistema transdérmico</i>	60	SIMBRINZA.....	130

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>simliya</i>	97	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	126
<i>simpesse</i>	97	<i>sulfadiazine</i>	20
<i>simvastatin</i>	52	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	21
<i>sirolimus</i>	119	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	21
SIRTURO	27	SULFAMYLON	137
SIVEXTRO	20	<i>sulfasalazine</i>	107
SKYRIZI	116	<i>sulindac</i>	15
SKYRIZI PEN	116	<i>sumatriptan</i>	79
SODIUM	108	<i>sumatriptan succinate</i>	79
SODIUM BICARBONATE	123	<i>sumatriptan succinate resurtido</i>	79
<i>sodium chloride</i>	123	<i>sunitinib malate</i>	44
SODIUM CHLORIDE	123	SUNLENCA	25
<i>sodium chloride 0.9 % soln. para irrigación</i>	143	SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL ...	108
<i>sodium fluoride</i>	124, 144	SUTAB	108
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	144	<i>syeda</i>	97
SODIUM OXYBATE	82	SYMLINPEN 60	87
<i>sodium phenylbutyrate</i>	103	SYMLINPEN 120	87
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	89	SYMPAZAN	75
<i>solifenacin succinate</i>	111	SYMTUZA	26
SOLQUA 100/33	85	SYNAREL	103
SOLTAMOX	37	SYNJARDY	87
SOLU-CORTEF	101	SYNJARDY XR	87
SOMATULINE DEPOT	103	SYNTHROID	104
SOMAVERT	103		
<i>sorafenib tosylate</i>	44	T	
<i>sorine</i>	51	TABLOID	35
<i>sotalol</i>	51	TABRECTA	44
<i>sotalol hcl</i>	51	<i>tacrolimus</i>	119, 143
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	51	<i>tadalafil</i>	59, 110
SOTYKTU	116	TAFINLAR	44
<i>spironolactone</i>	48	TAGRISSO	45
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	56	TALZENNA	45
<i>sprintec 28</i>	97	<i>tamoxifen citrate</i>	37
SPRITAM	74, 75	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	110
SPRYCEL	44	<i>tarina 24 fe</i>	97
<i>sps</i>	89	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	97
<i>sronyx</i>	97	TASIGNA	45
SSD	137	<i>tasimelton</i>	78
STELARA	116	TAVNEOS	113
STIVARGA	44	<i>tazarotene</i>	139
<i>streptomycin sulfate</i>	20	<i>tazicef</i>	31
STRIBILD	26	TAZORAC	139
<i>subvenite</i>	75	TAZVERIK	45
<i>subvenite kit inicial</i>	75	TECVAYLI	45
<i>sucralfate</i>	109	TEFLARO	31
SUCRALFATE	109	<i>telmisartan</i>	49, 50
<i>sulfacetamide sodium</i>	127, 137		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>telmisartan/amlodipine</i>	49	<i>toremifene citrate</i>	37
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	49	<i>torpenz</i>	45
<i>temazepam</i>	78	<i>torseamide</i>	56
TENIVAC	121	TOUJEO MAX SOLOSTAR	85
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	25	TOUJEO SOLOSTAR	85
TEPMETKO	45	TPN ELECTROLITOS	123
<i>terazosin hcl</i>	48	TRADJENTA	88
<i>terazosin hydrochloride</i>	48	<i>tramadol hcl er</i>	16
<i>terbinafine hcl</i>	22	<i>tramadol hydrochloride</i>	18
<i>terbutaline sulfate</i>	133	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	18
<i>terconazole</i>	111	<i>tramadol hydrochloride er</i>	16
<i>teriflunomide</i>	81	<i>trandolapril</i>	47, 48
TERIPARATIDE	89	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	47
<i>testosterone</i>	83	<i>tranexamic</i>	114
<i>testosterone cypionate</i>	83	<i>tranexamic acid</i>	114
<i>testosterone enanthate</i>	83	<i>tranylcypromine sulfate</i>	63
<i>testosterone pump</i>	83	TRAVASOL	126
<i>tetrabenazine</i>	80	<i>travoprost</i>	130
<i>tetracycline hydrochloride</i>	34	<i>trazodone hydrochloride</i>	63
THALOMID	37	TRECTOR	27
<i>theophylline</i>	134, 135	TRELEGY ELLIPTA	131
<i>theophylline er</i>	134	TREMFYA	116
<i>thioridazine</i>	69	TRESIBA	85
<i>thiothixene</i>	69	TRESIBA FLEXTOUCH	85
<i>tiadylt er</i>	55	<i>tretinoin</i>	38, 137
<i>tiagabine hydrochloride</i>	75	<i>triamcinolone acetonide</i>	101, 141
TIBSOVO	45	<i>triamcinolone acetonide pasta dental</i>	144
<i>ticagrelor</i>	114	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	56
TICOVAC	121	<i>triazolam</i>	78
<i>tigecycline</i>	34	<i>tridacaine</i>	141
TILIA FE	97	<i>tridacaine ii</i>	141
<i>timolol maleate</i>	54, 130	<i>trientine hydrochloride</i>	90
TIMOLOL MALEATE	130	<i>tri-estarylla</i>	97
<i>tinidazole</i>	21	<i>tri femynor</i>	97
TIVICAY	25	<i>trifluoperazine hcl</i>	69
TIVICAY PD	25	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	70
<i>tizanidine hcl</i>	81	<i>trifluridine</i>	127
<i>tizanidine hydrochloride</i>	81	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	65
TOBI PODHALER	21	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	65
TOBRADEX	126	TRIJARDY XR	88
<i>tobramycin</i>	21, 127	TRIKAFTA	135
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	126	<i>tri-legest fe</i>	97
<i>tobramycin sulfate</i>	21	<i>tri-linyah</i>	97
<i>tolterodine tartrate</i>	111	<i>tri-lo-estarylla</i>	97
<i>tolterodine tartrate er</i>	111	<i>tri-lo-marzia</i>	97
<i>topiramate</i>	75	<i>tri-lo-mili</i>	97
<i>topiramate er</i>	75	<i>tri-lo-sprintec</i>	97

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	106	<i>vancomycin hcl</i>	21
<i>trimethoprim</i>	21	VANCOMYCIN HCL.....	21
<i>tri-mili</i>	97	<i>vancomycin hydrochloride</i>	21
<i>trimipramine maleate</i>	63	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	21
TRINTELLIX	63	VANFLYTA	45
<i>tri-nymyo</i>	97	VAQTA.....	121
<i>tri-sprintec</i>	97	<i>varenicline</i>	82
TRIUMEQ	27	<i>varenicline tartrate</i>	83
TRIUMEQ PD	27	VARIVAX	121
<i>tri-vite/fluoride</i>	125	VASCEPA	53
<i>trivora-28</i>	98	VAXCHORA.....	121
<i>tri-vylibra</i>	98	<i>velivet</i>	98
<i>tri-vylibra lo</i>	98	VELSIPITY	117
TROGARZO.....	25	VENCLEXTA.....	45
TROPHAMINE	126	VENCLEXTA PAQUETE INICIAL	45
<i>tropium chloride</i>	111	VENLAFAXINE BESYLATE ER.....	64
<i>tropium chloride er</i>	111	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	64
TRULICITY.....	88	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	64
TRUMENBA	121	VENTOLIN HFA.....	133
TRUQAP.....	45	VEOZAH	103
TRUXIMA.....	45	<i>verapamil hcl</i>	55
TUKYSA.....	45	<i>verapamil hcl er</i>	55
TURALIO	45	<i>verapamil hcl sr</i>	55
<i>turqoz</i>	98	VERAPAMIL HCL SR.....	55
TWINRIX	121	<i>verapamil hydrochloride</i>	55, 56
TYBOST	25	<i>verapamil hydrochloride er</i>	55
<i>tydemy</i>	98	VERQUVO	58
TYENNE.....	116, 117	VERSACLOZ.....	70
TYPHIM VI.....	121	VERZENIO.....	46
U		<i>vestura</i>	98
UBRELVY	79	VICTOZA	88
<i>unithroid</i>	104	<i>vienna</i>	98
<i>ursodiol</i>	109	<i>vigabatrin</i>	76
V		<i>vigadrone</i>	76
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	29	VIGAFYDE	76
VALCHLOR	143	<i>vigpoder</i>	76
<i>valganciclovir</i>	29	<i>vilazodone hydrochloride</i>	64
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	29	VIMKUNY	121
<i>valproate sodium</i>	75	<i>viorele</i>	98
<i>valproic acid</i>	75	VIRACEPT	25
<i>valsartan</i>	50	VIREAD	25
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	49	<i>vitamins a/c/d/fluoride</i>	125
VALTOCO	75, 76	VITRAKVI	46
<i>valtya</i>	98	VIVITROL.....	83
VANCOMYCIN	21	VIVOTIF.....	121
		VIZIMPRO	46
		<i>volnea</i>	98

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
VONJO	46	<i>zafemy</i>	98
VORANIGO	46	<i>zafirlukast</i>	133
<i>voriconazole</i>	22, 23	<i>zaleplon</i>	78
VOSEVI	29	ZARXIO	113
VOWST	109	ZEGALOGUE	101
VRAYLAR	70	ZEJULA	46
<i>vyfemla</i>	98	ZELBORAF	47
<i>vylibra</i>	98	<i>zenatane</i>	137
VYZULTA	130	ZENPEP	109
W		<i>zenzedi</i>	78
<i>warfarin sodium</i>	112	ZERVIAE	129
WELIREG	38	<i>zidovudine</i>	25
<i>wera</i>	98	<i>ziprasidone hcl</i>	70
WESTAB PLUS	125	<i>ziprasidone mesylate</i>	70
<i>wixela inhub</i>	136	ZIRABEV	47
<i>wymzya fe</i>	98	ZIRGAN	127
X		<i>zoledronic acid</i>	89
XALKORI	46	ZOLEDRONIC ACID	89
<i>xarah</i>	98	ZOLINZA	47
XARELTO	112	<i>zolpidem tartrate</i>	78
XARELTO PAQ. INICIAL	112	ZONISADE	76
XATMEP	117	<i>zonisamida</i>	76
XCOPRI	76	<i>zonisamide</i>	76
XDEMVY	127	<i>zovia 1/35</i>	98
XELJANZ	117	ZTALMY	76
XELJANZ XR	117	<i>zumandimine</i>	99
<i>xelria</i>	98	ZURZUVAE	64
XERMELO	109	ZYCLARA	143
XGEVA	89	ZYDELIG	47
XHANCE	135	ZYKADIA	47
XIFAXAN	109	ZYLET	126
XIGDUO XR	88	ZYPREXA RELPREVV	70
XIIDRA	130		
XOLAIR	135		
XOSPATA	46		
XPOVIO	46		
XTANDI	37		
<i>xulane</i>	98		
XULTOPHY	85		
Y			
YESINTEK	117		
YF-VAX	121		
<i>yuvafem</i>	100		
Z			

Cumplimos con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discriminamos por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Hacemos lo siguiente:

- Brindamos ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brindamos servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que aparece en este material o en su tarjeta de identificación de beneficiarios.

Si considera que no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Departamento de Quejas (escriba a la dirección que figura en su Evidencia de cobertura). También puede presentar una queja por teléfono llamando al Número de teléfono del Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de beneficiarios (TTY: 711). Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al Servicio al cliente al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de beneficiarios.

If you speak a language other than English, free language assistance services are available. Visit our website or call the phone number listed in this document. (English)

Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento. (Español)

如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。(Traditional Chinese)

Kung hindi Ingles ang wikang inyong sinasalita, may maaari kayong kuning mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Bisitahin ang aming website o tawagan ang numero ng telepono na nakalista sa dokumentong ito. (Tagalog)

Si vous parlez une autre langue que l'anglais, des services d'assistance linguistique gratuits vous sont proposés. Visitez notre site Internet ou appelez le numéro indiqué dans ce document. (French)

Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác với Tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Xin vào trang mạng của chúng tôi hoặc gọi số điện thoại ghi trong tài liệu này. (Vietnamese)

Wenn Sie eine andere Sprache als Englisch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Besuchen Sie unsere Website oder rufen Sie die Telefonnummer in diesem Dokument an. (German)

영어가 아닌 언어를 쓰시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 저희 웹사이트를 방문하시거나 본 문서에 기재된 전화번호로 연락해 주십시오. (Korean)

Если вы не владеете английским и говорите на другом языке, вам могут предоставить бесплатную языковую помощь. Посетите наш веб-сайт или позвоните по номеру, указанному в данном документе. (Russian)

وأبيولاً لىل عان عقوم قرايىب لىل صفت. عاتم عىن اجملا عىو غللا عدا سمل ا تامدخ نإف، عىزىل جىل ا ل رىغ غل شىل عت تنك اذإ (Arabic). دن سمل ا اذى ف جردملا فتامل ا مقرب لىل صتا

अगर आप अंगरेजी के अलावा कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। हमारी वेबसाइट पर जाएं या इस दस्तावेज़ में दिए गए फोन नंबर पर कॉल करें। (Hindi)

Nel caso Lei parlasse una lingua diversa dall'inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Visiti il nostro sito web oppure chiami il numero di telefono elencato in questo documento. (Italian)

Caso você seja falante de um idioma diferente do inglês, serviços gratuitos de assistência a idiomas estão disponíveis. Acesse nosso site ou ligue para o número de telefone presente neste documento. (Portuguese)

Si ou pale yon lòt lang ki pa Anglè, wap jwenn sèvis asistans pou lang gratis ki disponib. Vizite sitwèb nou an oswa rele nan nimewo telefòn ki make nan dokiman sa a. (Haitian Creole)

Jeżeli nie posługują się Państwo językiem angielskim, dostępne są bezpłatne usługi wsparcia językowego. Proszę odwiedzić naszą witrynę lub zadzwonić pod numer podany w niniejszym dokumencie. (Polish)

英語をお話しにならない方は、無料の言語支援サービスを受けることができます。弊社のウェブサイトにはアクセスするか、または本書に記載の電話番号にお問い合わせください。 (Japanese)

Nëse nuk flisni gjuhën angleze, shërbime ndihmëse gjuhësore pa pagesë janë në dispozicionin tuaj. Vizitoni faqen tonë në internet ose merrni në telefon numrin e telefonit në këtë dokument. (Albanian)

ከእንግሊዝኛ ሌላ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ ነጻ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ማግኘት ይቻላል። የእኛን ድረ-ገጽ ይጎብኙ ወይም በዚህ ስነ-ልቦናዊ የተዘረዘረውን ስልክ ቁጥር በመጠቀም ይደውሉ። (Amharic)

Եթե խոսում եք անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով, ասպա Զեզ համար հասանելի են լեզվական աջակցման անվճար ծառայություններ: Այցելեք մեր վեբ կայքը կամ զանգահարեք այս փաստաթղթում նշված հեռախոսահամարով: (Armenian)

যদি আপনি ইংরেজী ব্যতীত অন্য কোন ভাষায় কথা বলতে পারেন বা ভাষীর পরামর্শে উপলব্ধি আছেন। আমাদের ওয়েবসাইটে দেখুন এবং এই নথিতে তালিকাভুক্ত করে আপনার নাম করুন। (Bengali)

បើលោកអ្នកនិយាយភាសាផ្សេងពីភាសាអង់គ្លេស សំណើមួយជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនដល់យើងតែងតែ ចូលរួម ។ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងខ្ញុំ ឬហៅទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទដល់មានរាយនាវានៅក្នុងឯកសារនេះ ។ (Khmer)

Ako govorite neki jezik koji nije engleski, dostupne su besplatne jezičke usluge. Posetite našu internet stranicu ili nazovite broj telefona navedenog u ovom dokumentu. (Serbo-Croatian)

Na ye jam thuojdēt tēnē thoj ē Dīŋlīth, ke kuəony luilooi ē thok ē path aa tō̄ thīn. Nem yōt tēn internet tēdē ke yī cōl akuēn cō̄tmeç cī gat thin nē athör du yic. (Dinka)

Als u een andere taal spreekt dan Engels, is er gratis taalondersteuning beschikbaar. Bezoek onze website of bel naar het telefoonnummer in dit document. (Dutch)

Εάν ομιλείτε άλλη γλώσσα εκτός της Αγγλικής, υπάρχουν δωρεάν υπηρεσίες στη γλώσσα σας. Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας ή καλέστε τον αριθμό τηλεφώνου που αναγράφεται στο παρόν έγγραφο. (Greek)

જો તમે અંગ્રેજી સિવાયની ભાષા બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. અમારી વેબસાઇટની મુલાકાત લો અથવા દસ્તાવેજમાં સૂચીબદ્ધ કરવામાં આવેલ ફોન નંબર પર કોલ કરો. (Gujarati)

Yog hais tias koj hais ib hom lus uas tsis yog lus Askiv, muaj cov kev pab cuam txhais lus dawb pub rau koj. Mus saib peb lub website los yog hu rau tus xov tooj sau teev tseg nyob rau hauv daim ntawv no. (Hmong)

ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອກເໜືອຈາກອັງກິດ, ການບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານ. ໄປທີ່ເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ໂທຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ລະບຸໃນເອກະສານນີ້. (Lao)

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-463-0933. Someone who speaks English/ Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-463-0933. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-463-0933。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電1-855-463-0933。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-463-0933. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-463-0933. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-463-0933 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-463-0933. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-463-0933번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-463-0933. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-463-0933. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-463-0933 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-463-0933. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-463-0933. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-463-0933. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-463-0933. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-463-0933にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-855-463-0933. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C

Este formulario se actualizó el 07/01/2025. Para obtener más información reciente o otras preguntas, póngase en contacto con nosotros al **1-855-463-0933** y los usuarios de TTY: **711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana o visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary).

Contrato/PBP: H1610-001



[AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)