

# 2025

## Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) **Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)**

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

**N.º de identificación del Formulario: 25101, Versión 17**

Este formulario se actualizó el 07/01/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-844-362-0934, los usuarios de TTY deben llamar al: 711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana o visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](http://AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary).



# Introducción

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

## Índice

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

---

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



B16. ¿Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre productos de venta libre que no sean medicamentos? .....	13
B17. ¿Puedo obtener mis medicamentos a través de pedidos por correo/suministro a largo plazo?.....	14
B18. ¿Cuál es mi copago?.....	14
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .....	15
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento .....	16
D. Índice de medicamentos cubiertos .....	170



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

## A. Descargos de responsabilidad

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

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

---

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



- ❖ Если вы не владеете английским и говорите на другом языке, вам могут предоставить бесплатную языковую помощь. Посетите наш веб-сайт или позвоните по номеру, указанному в данном документе. (Ruso)
  - ❖ إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة. تفضل بزيارة موقعنا على الويب أو اتصل برقم الهاتف المدرج في هذا المستند. (Árabe)
- ❖ अगर आप अंग्रेजी के अलावा कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। हमारी वेबसाइट परजाएं या इस दस्तावेज़ में दिए गए फोन नंबर पर कॉल करें। (Hindi)
- ❖ Nel caso Lei parlasse una lingua diversa dall'inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Visiti il nostro sito web oppure chiami il numero di telefono elencato in questo documento. (Italiano)
- ❖ Caso você seja falante de um idioma diferente do inglês, serviços gratuitos de assistência a idiomas estão disponíveis. Acesse nosso site ou ligue para o número de telefone presente neste documento. (Portugués)
- ❖ Si ou pale yon lòt lang ki pa Anglè, wap jwenn sèvis asistans pou lang gratis ki disponib. Vizite sitwèb nou an oswa rele nan nimewo telefòn ki make nan dokiman sa a. (Haitian Creole)
- ❖ Jeżeli nie posługują się Państwo językiem angielskim, dostępne są bezpłatne usługi wsparcia językowego. Proszę odwiedzić naszą witrynę lub zadzwonić pod numer podany w niniejszym dokumencie. (Polaco)
- ❖ 英語をお話しにならない方は、無料の言語支援サービスを受けることができます。弊社のウェブサイトにアクセスするか、または本書に記載の電話番号にお問い合わせください。 (Japonés)
- ❖ Nëse nuk flisni gjuhën angleze, shërbime ndihmëse gjuhësore pa pagesë janë në dispozicionin tuaj. Vizitoni faqen tonë në internet ose merrni në telefon numrin e telefonit në këtë dokument. (Albanés)
- ❖ ԻՆԴԻԱՆԱ ՀԱՅ ԱԼ ՔՐՈՒԴԱԿ ԻԼԻՐ ՆՎ ՔՐՈՒԴ ԲԱԿ ԱՇԱՂԱՔԻՆ ՄՊԱՇՆ ԵՎԼԱԾՈՒՅՈՒՆ ԶԱՅՆ ԲՀ-ՆԻ ԲՆԱԿՈՒՄ ԹԲՄ ՈՒԱ ՈՒՅ ԱՅ ՔԻՀՀՀՈՎՈՒ ՈՃՈՒ ՓՈՎ ՈՄՈՓՈՎ ՀԵՎՈՒՅՈՒՅՈՒՆ (Amárico)
- ❖ Եթե խոսում եք անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով, ապա Ձեզ համար հասանելի են լեզվական աջակցման անվճար ծառայություններ: Այցելեք մեր վեբ կայքը կամ զանգահարեք այս փաստաթղթում նշված հեռախոսահամարով: (Armenio)
- ❖ যদি আপনি ইংরেজী ব্যক্তিক অন্য কোনো ভাষায় কথা বলেনতাহলে বিনামূল্যের দোভাসীর পরিয়েবা উপলব্ধ আছে।আমাদের ওয়েবসাইট দেখুন এবং এই নথিতে তালিকাভুক্ত ফোন নম্বরে ফোন করুন। (Bengali)
- ❖ បើលោកអ្នកនិយាយភាសាដៃមួយច្បាស់ពីភាសាអំពើស សេវាកម្មដំឡើងការណាមានផ្លូវជួនដោយតតិតថ្មី ។ សូមចូលចិនតែបន្ថែមទៀតរបស់បើងខ្ពស់ បូហ៍ទៅទំនាក់ទំនាក់ដែលមានរយៈនៅក្នុងកសារនេះ । (Camboyano)
- ❖ Ako govorite neki jezik koji nije engleski, dostupne su besplatne jezičke usluge. Posetite našu internet stranicu ili nazovite broj telefona navedenog u ovom dokumentu. (Serbocroata)
- ❖ Na ye jam thuəjdët tēnē thoj ë Dïnglith, ke kuɔny luilooi ë thok ë path aa tō thïn. Nem yöt tēn internet tēdë ke yï cõl akuën cõtmec cï 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. (Holandés)
- ❖ Εάν ομιλείτε άλλη γλώσσα εκτός της Αγγλικής, υπάρχουν δωρεάν υπηρεσίες στη γλώσσα σας. Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας ή καλέστε τον αριθμό τηλεφώνου που αναγράφεται στο παρόν έγγραφο. (Griego)



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

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



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



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

## B. Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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



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

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

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

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

---

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

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

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



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

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

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

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

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

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

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

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

---

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

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

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

---

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



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

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

---

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

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

---

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

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

---

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

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

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

Para buscar por **orden alfabético**, consulte la sección del Índice de medicamentos cubiertos. Podrá encontrarlo en la página 170. Consulte el Índice y busque su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista. El Índice de medicamentos cubiertos es un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos. Tanto los medicamentos de marca y los genéricos como los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) se encuentran en el Índice.

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



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

---

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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



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

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

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

---

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

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

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

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

---

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

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

---

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

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

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

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



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

---

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

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

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

---

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

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

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

---

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

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

---

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

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

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

---

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



---

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

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

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

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

---

## **B18. ¿Cuál es mi copago?**

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



## C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento

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

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

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



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

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



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
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN RETARDADA</b>		
<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
<i>METHADONE HCL INYECCIÓN</i>	\$0 para el	PA
<i>METHADONE HCL SOLUCIÓN ORAL</i>	Nivel 1	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<i>METHADONE HCL TABLETA</i>	Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>METHADONE HCL CONCENTRADO ORAL 10 MG/ML</i>	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
<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



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

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) 15 mg MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE</i>	\$0 para el Nivel 1 \$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO B/D
<i>tramadol hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES, ACCIÓN CORTA</b>		
<i>acetaminophen/codeine 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
<b>CODEINE SULFATE TABLETA</b>	\$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)
<i>hydrocodone/acetaminophen tableta 7.5 mg; 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 c/u por 30 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydromorphone hcl tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ml por 30 días) MO
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 0.25 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>morphine sulfate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
MORPHINE SULFATE INYECCIÓN 10 MG/ML (IV AMPOLLA E IV PF CARPUJECT), 2 MG/ML (IM O IV PF CARPUJECT, IM O IV PF AMPOLLA, E IM O IV JERINGA PRECARGADA), 4 MG/ML (IV AMPOLLA E IV PF CARPUJECT), 50 MG/ML (IV O IM PF AMPOLLA), 5 MG/ML (IV O IM PF AMPOLLA), 8 MG/ML (IV AMPOLLA E IV PF CARPUJECT)	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>morphine sulfate 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
<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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tramadol hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM
<b>ANTIINFECCIOSOS</b>		
<b><i>ANTIINFECCIOSOS: VARIOS</i></b>		
<i>albendazole</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amikacin sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ARIKAYCE</i>	\$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
<i>CAYSTON</i>	\$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, 9000 mg/60 ml, 900 mg/6 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate inyección 600 mg/4 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>colistimethate sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>dapsone tableta 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>DAPTO MYCIN/SODIUM CHLORIDE</i>	\$0 para el Nivel 1	

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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/macrocrys-tals 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
<b>SIVEXTRO INYECCIÓN</b>	\$0 para el Nivel 1	
<b>SIVEXTRO TABLETA</b>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>streptomycin sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfadiazine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfamethoxazole(trimethoprim ds</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfamethoxazole(trimethoprim suspensión, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfamethoxazole(trimethoprim inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tinidazole</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>TOBI PODHALER</b>	\$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
<b><i>trimethoprim</i></b>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>VANCOMYCIN</b>	\$0 para el Nivel 1	
<b>VANCOMYCIN HCL INYECCIÓN 0.9 %; 1 G/200 ML</b>	\$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
<b>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</b>	\$0 para el Nivel 1	
<i>vancomycin hydrochloride inyección 1.25°gm, 1.5°gm, 1.75°gm, 1°gm, 2°gm, 5°gm, 750°mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>vancomycin hydrochloride inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ANTIMICÓTICOS</b>		
<b>ABELCET</b>	\$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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>voriconazole suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>voriconazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>voriconazole tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 EA por 30 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANTIPALÚDICOS</b>		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chloroquine phosphate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>COARTEM</i>	\$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	MO
<i>quinine sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<b>AGENTES ANTIRRETROVIRALES</b>		
<i>abacavir</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>APTIVUS</i>	\$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
<i>EDURANT</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>efavirenz tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>emtricitabine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>EMTRIVA SOLUCIÓN ORAL</i>	\$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



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

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

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



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



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

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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b>ANTIVIRALES</b>		
<i>acyclovir cápsula, suspensión, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>acyclovir sodium inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
BRACLUDE SOLUCIÓN ORAL	\$0 para el Nivel 1	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>entecavir</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
EPCLUSA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>famciclovir tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b>HARVONI</b>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>lamivudine tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>LIVTENCITY</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (336 EA por 28 días) PA; LD
<b>MAVYRET</b>	\$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
<b>PAXLOVID TABLETA PAQUETE DE TRATAMIENTO DE 5 DÍAS 150 MG; 100 MG Y 300 MG; 100 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (22 EA por 180 días)
<b>PAXLOVID TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 150 MG; 100 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (40 EA por 180 días) MO
<b>PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG; 100 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 180 días) MO
<b>PEGASYS</b>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<b>PREVYMIS PAQUETE</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA
<b>PREVYMIS TABLETA</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA MO
<b>RELENZA DISKHALER</b>	\$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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b>VOSEVI</b>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<b>CEFALOSPORINAS</b>		
<b>CEFACLOR ER</b>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefaclor suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefaclor cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefadroxil</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 1 G/50 ML; 4 %</b>	\$0 para el Nivel 1	
<b>CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 100 G, 300 G</b>	\$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
<b>CEFAZOLIN/DEXTROSE</b>	\$0 para el Nivel 1	
<b>CEFAZOLIN INYECCIÓN 2 G/100 ML; 4 %</b>	\$0 para el Nivel 1	
<b>CEFAZOLIN INYECCIÓN INTRAVENOSA DE DOSIS ÚNICA EN AMPOLLA 2 G, 3 G</b>	\$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>cefdinir</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefepime inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefixime cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefixime suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefotetan inyección 1 g/10 ml, 2 g/20 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<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	
<b>CEFTRIAXONE SODIUM INYECCIÓN 100 G</b>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ceftriaxone sodium inyección intravenosa 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ceftriaxone sodium inyección 10 g (solo intravenosa), 1 g (intramuscular o intravenosa), 250 mg (intramuscular o intravenosa), 2 g (intramuscular o intravenosa), 500 mg (intramuscular o intravenosa)</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefuroxime axetil tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefuroxime sodium inyección 1.5 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefuroxime sodium inyección 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin cápsula 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin suspensión reconstituida, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tazicef</i>	\$0 para el Nivel 1	
TEFLARO	\$0 para el Nivel 1	
<b>ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS</b>		
AZITHROMYCIN PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	MO
<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
<b>DIFICID SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA</b>	\$0 para el Nivel 1	
<b>DIFICID TABLETA</b>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin base</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin dr</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin ethylsuccinate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin lactobionate</i>	\$0 para el Nivel 1	
<b>FLUOROQUINOLONAS</b>		
<i>ciprofloxacin hcl tableta 100 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección 200 mg/100 ml; 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección 400 mg/200 ml; 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b>PENICILINAS</b>		
<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
<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	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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	
<b>BICILLIN L-A</b>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dicloxacillin sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>EXTENCILLINE</b>	\$0 para el Nivel 1	
<b>LETOCILIN</b>	\$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
<b>PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE</b>	\$0 para el Nivel 1	
<i>penicillin g sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>penicillin v potassium tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>penicillin v potassium solución reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	
<b>TETRACICLINAS</b>	\$0 para el Nivel 1	
<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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>monodoxine 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	

**AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS*****ALQUILANTES***

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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANTIMETABOLITOS</b>		
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	ACS
<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	MO
ONUREG	\$0 para el Nivel 1	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS LD
PURIXAN	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
TABLOID	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS HORMONALES</b>		
<i>abiraterone acetate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<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



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

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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
<i>lenalidomide cápsula 20 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>lenalidomide cápsula 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
<b>POMALYST</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
<b>THALOMID CÁPSULA 100 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
<b>THALOMID CÁPSULA 50 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS LD
<b>THALOMID CÁPSULA 150 MG, 200 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
<b>VARIOS</b>		
<b>ASPARLAS</b>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<b>BESREMI</b>	\$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
<b>IWLIFIN</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
<b>MATULANE</b>	\$0 para el Nivel 1	LD
<b>ONCASPAR</b>	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>tretinoína cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>WELIREG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
<b>FÁRMACOS DIRIGIDOS MOLECULARES</b>		
<b>ALECSA</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
<b>ALUNBRIG TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO</b>	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<b>ALUNBRIG TABLETA 30 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD



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

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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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</i> tableta 100°mg, 140°mg, 50°mg, 70°mg, 80°mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>dasatinib</i> tableta 20°mg	\$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</i> hydrochloride tableta 100 mg, 150 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>erlotinib</i> hydrochloride tableta 25 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus</i> tableta soluble 2 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus</i> tableta soluble 5 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus</i> tableta soluble 3 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus</i> tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$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
gefitinib	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS



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

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

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



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



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

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

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
TAGRISSO	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
TASIGNA CÁPSULA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
TASIGNA CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
TAZVERIK	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
TECVAYLI	\$0 para el Nivel 1	PA; LD

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
ZELBORAF	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZIRABEV	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ZOLINZA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ZYDELIG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZYKADIA	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
<b>AGENTES PROTECTORES</b>		
leucovorin calcium tableta	\$0 para el Nivel 1	MO
mesna	\$0 para el Nivel 1	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MESNEX TABLETA	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>CARDIOVASCULARES</b>		
<b>COMBINACIONES DE INHIBIDOR DE LA ECA</b>		
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 20 mg, 25 mg; 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
<i>benazepril 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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ramipril</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trandolapril</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ALDOSTERONA</b>		
<i>eplerenone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>KERENDIA</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>spironolactone tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ALFA-BLOQUEANTES</b>		
<i>doxazosin mesylate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>prazosin hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terazosin hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terazosin hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>COMBINACIONES/ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II</b>		
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tableta 32 mg; 12.5 mg, 32 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tableta 16 mg; 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<b>EDARBYCLOLOR</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<b>ENTRESTO</b>	\$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

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<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
<b>ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS</b>		
<i>fenofibrate micronized</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b>ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-CoA REDUCTASA</b>		
<i>atorvastatin calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin sodium er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lovastatin</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pravastatin sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>rosuvastatin calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>simvastatin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<b>ANTILIPÉMICOS, VARIOS</b>		
<i>cholestyramine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cholestyramine light</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>colesevelam hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>colestipol 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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	\$0 para el Nivel 1	PA
REPATHA SURECLICK	\$0 para el Nivel 1	PA
VASCEPA	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>COMBINACIONES DE BETA BLOQUEANTE/DIURÉTICO</b>		
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>BETA BLOQUEANTES</b>		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atenolol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>betaxolol hcl tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bisoprolol fumarate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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	MO
<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	MO
<i>propranolol hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propranolol hydrochloride solución oral, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>timolol maleate tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine besylate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cartia xt</i>	\$0 para el Nivel 1	



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

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

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>torsemide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b><i>VARIOS</i></b>		
<i>aliskiren</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clonidine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clonidine parche semanal 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>clonidine parche semanal 0.2 mg/24 h, 0.3 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) MO
<b>CORLANOR SOLUCIÓN</b>	\$0 para el Nivel 1	
<b>CORLANOR TABLETA</b>	\$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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>minoxidil</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ranolazine er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VERQUVO	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<b>NITRATOS</b>		
<i>isosorbide dinitrate tableta 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide dinitrate tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide mononitrate er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NITRO-BID	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitroglycerin transdermal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NITROGLYCERIN INYECCIÓN 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitroglycerin translingual solución 0.4 mg/aerosol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitroglycerin tableta sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR</b>		
<i>ambrisentan</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<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
<b>OPSUMIT</b>	\$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
<i>sildenafil inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1125 ML por 30 días) PA; ACS
<i>tadalafil tableta (genérico de Adcirca) 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>		
<b>ANSIOLÍTICOS</b>		
<i>ALPRAZOLAM INTENSOL</i>	\$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>buspirone hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>buspirone 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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lorazepam intensol</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 ML por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 ML por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam tableta 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxazepam</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<b>ANTIDEMENCIA</b>		
<i>donepezil hcl tableta que se desintegra</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 23 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (200 ML por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>memantine hcl paq. de ajuste de la dosis</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (98 EA por 365 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>memantine hydrochloride solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (360 ML por 30 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<b>NAMZARIC CÁPSULA ER PAQ. DE TRATAMIENTO 24 HORAS</b>	\$0 para el Nivel 1	
<b>NAMZARIC CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS</b>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rivastigmine tartrate cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rivastigmine sistema transdérmico</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>		
<i>amitriptyline hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>amoxapine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<b>AUVELITY</b>	\$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
<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	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tableta 75 mg</i>	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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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</i> (genérico de Irenka) cápsula 40 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>duloxetine hydrochloride</i> (genérico de Cymbalta) cápsula 20 mg, 30 mg, 60 mg	\$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</i> solución	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate</i> tableta 20 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate</i> tableta 10 mg, 5 mg	\$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</i> cápsula de liberación retardada 90 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride</i> cápsula 20 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride</i> cápsula 10 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride</i> cápsula 40 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride</i> solución, tableta (genérico de Prozac)	\$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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>paroxetine hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO; HRM
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>phenelzine sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>protriptyline hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>RALDESY</i>	\$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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b>TRINTELLIX</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<b>VENLAFAXINE BESYLATE ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 112.5 MG</b>	\$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
<b>ZURZUVAE CÁPSULA 30 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (14 EA por 14 días) PA; ACS LD
<b>ZURZUVAE CÁPSULA 20 MG, 25 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 14 días) PA; ACS LD
<b>AGENTES ANTIPARKINSONIANOS</b>		
<i>amantadine hcl solución, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amantadine hcl cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>benztropine mesylate inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>benztropine mesylate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>bromocriptine mesylate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbidopa</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa er</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa tabs. bucoidispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE</b>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>entacapone</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>INBRIJA</b>	\$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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANTIPSICÓTICOS</b>		
ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 720 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2.4 ML por 56 días) MO
ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 960 MG/3.2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.2 ML por 56 días) MO
ABILIFY MAINTENA	\$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
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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLOZAPINE TABS. BUCODISPERSABLES QUE SE DESINTEGRAN 150 MG <i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; HRM
<i>clozapine tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
<i>clozapine tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días); HRM
COBENFY	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
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; HRM
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS <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 1092 MG/3.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.5 ML por 180 días); HRM
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN 1560 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (5 ML por 180 días); HRM

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 39 MG/0.25 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.25 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 78 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 117 MG/0.75 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.75 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 156 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 234 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 273 MG/0.88 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.88 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 410 MG/1.32 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.32 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 546 MG/1.75 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.75 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 819 MG/2.63 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2.63 ML por 90 días); HRM
<i>loxapine</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



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

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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b>SECUADO</b>	\$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
<i>trifluoperazine hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<b>VERSACLOZ</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) PA; HRM
<b>VRAYLAR CÁPSULA PAQ. DE TRATAMIENTO</b>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<b>VRAYLAR CÁPSULA 3 MG, 4.5 MG, 6 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<b>VRAYLAR CÁPSULA 1.5 MG</b>	\$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
<b>ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 210 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS HRM
<b>ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 405 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 28 días) PA; ACS HRM
<b>ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 300 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS HRM
<b>AGENTES ANTICONVULSIVANTES</b>		
<b>APTIOM TABLETA 200 MG, 400 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<b>APTIOM TABLETA 600 MG, 800 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO



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

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

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b>FYCOMPA SUSPENSIÓN</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (720 ml por 30 días) PA MO
<b>FYCOMPA TABLETA 2 MG</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<b>FYCOMPA TABLETA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG</b>	\$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
<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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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	
<b>LIBERVANT</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>methsuximide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>NAYZILAM</b>	\$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
<b>phenytek</b>	\$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



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

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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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	MO
<i>valproic acid cápsula, solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA 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
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>vigadron</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>zonisamide cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZTALMY	\$0 para el Nivel 1	QL (1100 ML por 30 días) PA; LD
<b>TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN</b>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine cápsula de liberación 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
<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

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b>MIGRAÑA</b>		
<i>AIMOVIG</i>	\$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
<i>NURTEC</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (16 EA por 30 días) PA MO
<i>QULIPTA</i>	\$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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b><i>VARIOS</i></b>		
AUSTEDO XR PAQ. DE AJUSTE DE LA DOSIS PARA EL PACIENTE, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE TRATAMIENTO 12°MG; 18°MG; 24°MG; 30°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 365 días) PA; ACS
AUSTEDO XR 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
NUDEXTA	\$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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>		
<i>BAFIERTAM</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>BETASERON</i>	\$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
<i>KESIMPTA</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (6.4 ML por 365 días) PA; ACS LD
<i>teriflunomide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES</b>		
<i>baclofen tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>baclofen tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clorzoxazone 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

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



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



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

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

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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
<b>ANTIDIABÉTICOS</b>		
acarbose	\$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
glimepiride tableta 4 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
glimepiride tableta 1 mg, 2 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<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
<b>GLYXAMBI</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<b>JANUMET</b>	\$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
<b>JANUVIA</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<b>JARDIANCE</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<b>JENTADUETO</b>	\$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
<b>LIRAGLUTIDE</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (9 ML por 30 días) PA MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<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
<i>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</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 ML por 28 días) PA
<i>MOUNJARO INYECCIÓN 2.5 MG/0.5 ML</i>	\$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
<i>OZEMPIC</i>	\$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
<i>RYBELSUS</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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
<b>REGULADORES DE CALCIO</b>		
<i>alendronate sodium solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>alendronate sodium tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>alendronate sodium tableta 35 mg, 70 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>calcitonin-salmon aerosol nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<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
<b>AGENTES QUELANTES</b>		
CHEMET	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>deferasirox paquete</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>deferasirox tabs. solubles 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>deferasirox tabs. solubles 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>deferasirox tableta 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>deferasirox tableta 180 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aurovela 1/20</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela 24fe</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	
<i>azurette</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>balziva</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>blisovi 24fe</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 24fe</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	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<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 elinest</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<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	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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	
<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	
<b>JOLESSA</b>	\$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	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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	
<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 ethynodiolide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levonorgestrel/ethynodiolide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0 para el Nivel 1	
<b>LILETTA</b>	\$0 para el Nivel 1	ACS LD



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>lojaimess</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>loryna</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>low-ogestrel</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lutera</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lyeq</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	
<i>MICROGESTIN 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>MICROGESTIN 1/20</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>MICROGESTIN FE 1.5/30</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>MICROGESTIN FE 1/20</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>mili</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>mono-linyah</i>	\$0 para el Nivel 1	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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/ethynodiol diacetate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone acetate/ethynodiol diacetate fumarate tableta, tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone acetate/ethynodiol diacetate 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/ethynodiol diacetate fumarate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norgestimate/ethynodiol diacetate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norlyda</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>norlyroc</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nortrel 1/35 tratamiento de 28 días</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nortrel 1/35 tratamiento de 21 días</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nortrel 7/7/7</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nylia 1/35</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nylia 7/7/7</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>OCELLA</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>orsythia</i>	\$0 para el Nivel 1	



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

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

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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	
<i>zumandimine</i>	\$0 para el Nivel 1	
<b>ESTRÓGENOS</b>		
<i>amabelz</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dotti parche dos veces por semana 0.025 mg/24 h, 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
<i>DUAVEE</i>	\$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
<b>ESTRING</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 90 días) MO

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prednisolone solución</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate solución oral 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate solución oral 25 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<b>PREDNISONE INTENSOL</b>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisone tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisone tableta paq. de tratamiento</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>prednisone solución</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<b>SOLU-CORTEF</b>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>AGENTES HIPERGLUCEMIANTES</b>		
<i>diazoxide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ZEGALOGUE</b>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>VARIOS</b>		
<i>acetylcysteine inyección 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>betaine anhydrous</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cabergoline</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carglumic acid</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<b>CERDELGA</b>	\$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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CYSTAGON	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>desmopressin acetate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>desmopressin acetate solución nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>desmopressin acetate pf inyección 4 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>desmopressin acetate inyección 4 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fomepizole</i>	\$0 para el Nivel 1	
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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mifepristone</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>nitisinone</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 100 µg/ml, 200 µg/ml, 50 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 1000 µg/ml, 500 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>raloxifene hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>SIGNIFOR INYECCIÓN 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>sodium phenylbutyrate</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>SOMATULINE DEPOT</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>SOMAVERT</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>SYNAREL</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>VEOZAH</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<b>PROGESTINAS</b>		
<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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>AGENTES TIROIDEOS</b>		
<i>euthyrox</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levo-t</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levothyroxine sodium tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LEVOOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/ML, 500 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	
LEVOOTHYROXINE 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	
<b>ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D</b>		
<i>calcitriol cápsula 0.25 µg, 0.5 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>calcitriol inyección 1 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>calcitriol oral solución 1 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxercalciferol inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>paricalcitol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>GASTROINTESTINALES</b>		
<b>ANTIEMÉTICOS</b>		
<i>aprepitant cápsula paq. de tratamiento, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>aprepitant cápsula 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>compro</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<b>DIMENHYDRINATE</b>		
<i>dronabinol</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<b>EMEND SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA</b>		
<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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 suppositorio rectal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>promethazine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethegan suppositorio 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>promethegan suppositorio 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
<b>ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<i>dicyclomine hcl solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride cápsula, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>glycopyrrolate tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>glycopyrrolate solución oral</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml (jeringa precargada sin conservantes), 0.4 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml, 1 mg/5 ml, 4 mg/20 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methscopolamine bromide</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2</b>		
<i>cimetidine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>famotidine premixed</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>famotidine tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>famotidine inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>famotidine suspensión reconstituida</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nizatidine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL</b>		
<i>balsalazide disodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>budesonide er tableta de liberación prolongada 24 horas 9 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<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 suppositorio</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mesalamine enema, kit</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfasalazine</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>LAXANTES</b>		
<i>CLENPIQ</i>	\$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	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>generlac</i>	\$0 para el Nivel 1	
GOLYTELY	\$0 para el Nivel 1	MO
KRISTALOSE	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>lactulose solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>peg-3350/electrolitos</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PLENVU	\$0 para el Nivel 1	MO
SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/MAGNESIUM SULFATE	\$0 para el Nivel 1	MO
SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	\$0 para el Nivel 1	MO
SUTAB	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>VARIOS</b>		
<i>alosetron hydrochloride tableta 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>alosetron hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
CREON	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cromolyn sodium concentrado 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine 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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>misoprostol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
MOVANTIK TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
MOVANTIK TABLETA 12.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
SUCRALFATE SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sucralfate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ursodiol cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ursodiol tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VOWST	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
XERMELO	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
XIFAXAN TABLETA 550 MG	\$0 para el Nivel 1	PA MO
ZENPEP	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
<i>dexlansoprazole</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole magnesium cápsula de liberación 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	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b>GENITOURINARIOS</b>		
<b>HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA</b>		
<i>alfuzosin hcl er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<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
<b>VARIOS</b>		
<i>acetic acid 0.25 % solución para irrigación</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bethanechol chloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium citrate er tableta de liberación 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
<b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS</b>		
<i>fesoterodine fumarate er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<b>GEMTESA</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>MYRBETRIQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<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>trospium chloride</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>trospium chloride er</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<b>ANTIINFECCIOSOS VAGINALES</b>		
<i>clindamycin phosphate crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole vaginal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>miconazole 3 suppositorio vaginal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terconazole crema vaginal</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terconazole suppositorio</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>HEMATOLÓGICOS</b>		
<b>ANTICOAGULANTES</b>		
<i>dabigatran etexilate cápsula 110 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dabigatran etexilate cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS PAQ. INICIAL	\$0 para el Nivel 1	QL (74 EA por 30 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ELIQUIS TABLETA 2.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (74 EA por 30 días) MO
<i>enoxaparin sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fondaparinux sodium inyección 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fondaparinux sodium inyección 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FRAGMIN INYECCIÓN 10000 UNIDADES/4 ML	\$0 para el Nivel 1	
FRAGMIN INYECCIÓN 2500 UNIDADES/0.2 ML, 95000 UNIDADES/3.8 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
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 <i>heparin sodium inyección 10000 unidades/ml, 1000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/0.5 ml, 5000 unidades/ml jantoven</i>	\$0 para el Nivel 1 \$0 para el Nivel 1 \$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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XARELTO SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	QL (620 ML por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 2.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<b>FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO</b>		
PROCERIT INYECCIÓN 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
PROCERIT INYECCIÓN 20000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ZARXIO	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<b>VARIOS</b>		
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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<i>tranexamic acid/sodium chloride</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tranexamic acid tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tranexamic acid inyección</i>	\$0 para el Nivel 1	
<b>INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA</b>		
<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



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

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

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/20 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (20 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIÓN 162°MG/0.9°ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.6 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIÓN 200°MG/10°ML, 400°MG/20°ML, 80°MG/4°ML	\$0 para el Nivel 1	QL (40 ML por 28 días) PA; ACS
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
<b>FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)</b>		
<i>hydroxychloroquine sulfate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
JYLAMVO	\$0 para el Nivel 1	
<i>lefunomide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methotrexate sodium tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
XATMEP	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>INMUNOGLOBULINAS</b>		
GAMASTAN	\$0 para el Nivel 1	B/D; ACS LD
GAMMAKED	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NULOJIX	\$0 para el Nivel 1	B/D
PROGRAF PAQUETE	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
REZUROCK	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
SANDIMMUNE SOLUCIÓN ORAL	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>sirolimus tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>sirolimus solución</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>tacrolimus cápsula 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<b>VACUNAS</b>		
ABRYSVO	\$0 para el Nivel 1	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	
DENGVAXIA	\$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	

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
QUADRACEL	\$0 para el Nivel 1	
RABAVERT	\$0 para el Nivel 1	B/D
RECOMBIVAX HB	\$0 para el Nivel 1	B/D
ROTARIX	\$0 para el Nivel 1	
ROTAQE	\$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	
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %	\$0 para el Nivel 1

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/NACL 0.33 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	MO
DEXTROSE 5 %/NACL 0.225 %	\$0 para el Nivel 1	
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5 %	\$0 para el Nivel 1	
ISOLYTE-S	\$0 para el Nivel 1	B/D
ISOLYTE-S PH 7.4	\$0 para el Nivel 1	B/D
KCL 0.075 %/D5W/NACL 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.2 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>lactated ringers</i>	\$0 para el Nivel 1	
MAGNESIUM SULFATE INYECCIÓN 20 G/500 ML, 40 G/1000 ML, 4 G/50 ML	\$0 para el Nivel 1	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>magnesium sulfate inyección 2 g/50 ml, 4 g/100 ml, 50 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>inyección de electrolitos múltiples tipo I</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
<b>ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL</b>		
<i>effer-k tableta efervescente 25 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluoride tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium fluoride tableta masticable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tri-vite/fluoride</i>	\$0 para el	MO
	Nivel 1	
<i>vitamins a/c/d/fluoride</i>	\$0 para el	MO
	Nivel 1	
WESTAB PLUS	\$0 para el	MO
	Nivel 1	
<b>NUTRICIÓN INTRAVENOSA</b>		
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 10 %	\$0 para el Nivel 1	B/D
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 5 %	\$0 para el	B/D
	Nivel 1	
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 15 %	\$0 para el	B/D
	Nivel 1	
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 20 %	\$0 para el	B/D
	Nivel 1	
CLINIMIX 6/5	\$0 para el	B/D
	Nivel 1	
CLINIMIX 8/10	\$0 para el	B/D
	Nivel 1	
CLINIMIX 8/14	\$0 para el	B/D
	Nivel 1	
<i>clinisol sf 15 %</i>	\$0 para el	B/D MO
	Nivel 1	
CLINOLIPID	\$0 para el	B/D
	Nivel 1	
<i>dextrose 10 %</i>	\$0 para el	
	Nivel 1	
<i>dextrose 5 %</i>	\$0 para el	MO
	Nivel 1	
DEXTROSE 50 %	\$0 para el	B/D
	Nivel 1	
DEXTROSE 70 %	\$0 para el	B/D
	Nivel 1	
NUTRILIPID	\$0 para el	B/D
	Nivel 1	
<i>plenamine</i>	\$0 para el	B/D
	Nivel 1	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREMASOL	\$0 para el Nivel 1	B/D
PROSOL	\$0 para el Nivel 1	B/D
TRAVASOL	\$0 para el Nivel 1	B/D
TROPHAMINE	\$0 para el Nivel 1	B/D
<b>OFTÁLMICO</b>		
<i>ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS</i>		
<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 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
<i>ANTIINFECCIOSOS</i>		
<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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erythromycin pomada 5 mg/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (42 G por 30 días) MO
<i>gatifloxacin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 1.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Vigamox) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Moxeza) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>NATACYN</i>	\$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
<i>XDEMVY</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 ML por 42 días) PA; ACS LD
<i>ZIRGAN</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANTIINFLAMATORIOS</b>		
ALREX	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bromfenac</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BROMSITE	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diclofenac sodium solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>difluprednate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FLAREX	\$0 para el Nivel 1	MO
FLUOROMETHOLONE	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>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
<b>ANTIALÉRGICOS</b>		
<i>azelastine hcl solución oftálmica 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cromolyn sodium solución 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>epinastine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



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

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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ROCKLATAN	\$0 para el Nivel 1	MO
SIMBRINZA	\$0 para el Nivel 1	MO
TIMOLOL MALEATE SOLN. FORMADORA DE GEL OFTÁLMICA <i>timolol maleate (genérico de Timoptic) soln.</i> 0.25 %, 0.5 % <i>timolol maleate once-daily ophthalmic (generic Istalol) soln 0.5%</i> <i>travoprost</i>	\$0 para el Nivel 1 \$0 para el Nivel 1 \$0 para el Nivel 1	MO MO MO
VYZULTA	\$0 para el Nivel 1	MO
<b><i>VARIOS</i></b>		
ATROPOINE 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>proparacaine 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
<b>ÓTICOS</b>		
<b><i>AGENTES ÓTICOS</i></b>		
<i>acetic acid</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CIPRO HC	\$0 para el Nivel 1	MO
CIPROFLOXACIN	\$0 para el Nivel 1	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ciprofloxacin/dexamethasone flac</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<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 ANICOLINÉRGICOS/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
<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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANTIHISTAMÍNICOS</b>		
<i>azelastine hcl solución nasal 0.15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 25 días) MO
<i>azelastine hydrochloride aerosol nasal 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 25 días) MO
<i>carbinoxamine maleate solución oral, tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>cetirizine hydrochloride solución oral 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ml por 30 días) MO
<i>clemastine fumarate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>cyproheptadine hcl jarabe</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>cyproheptadine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>desloratadine</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>desloratadine tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>diphenhydramine 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
<b>BETA AGONISTAS</b>		
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de Proventil HFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (13.4 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de ProAir HFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (17 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de VentolinHFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (36 G por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b>LEVALBUTEROL TARTRATE HFA</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<b>SEREVENT DISKUS</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>terbutaline sulfate</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>VENTOLIN HFA</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (36 G por 30 días) MO
<b>MODULADORES DE LEUCOTRIENOS</b>		
<i>montelukast sodium tableta masticable, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium paquete</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zafirlukast</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<b>VARIOS</b>		
<i>acetylcysteine solución para inhalación 10 %, 20 %</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>aminophylline</i>	\$0 para el	
<b>BRONCHITOL</b>	\$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
<b>FASENRA PEN</b>	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD

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



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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ESTEROIDES NASALES</b>		
<i>flunisolide</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate suspensión 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (16 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate suspensión 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (34 G por 30 días) MO
<i>XHANCE</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (32 ML por 30 días) PA MO
<b>INHALANTES ESTEROIDEOS</b>		
<i>ALVESCO</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12.2 G por 30 días) MO
<i>ARNUITY ELLIPTA</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>budesonide suspensión 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<b>COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ESTEROIDES</b>		
<i>AIRSUPRA</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (32.1 G por 30 días) MO
<i>BREO ELLIPTA</i>	\$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
<i>DULERA</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (13 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus (Advair Diskus genérico) aerosol en polvo activado por el aliento 500 µg/pulverización; 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus (Advair Diskus genérico) aerosol en polvo activado por el aliento 100 µg/pulverización; 50 µg/pulverización, 250 µg/pulverización; 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol hfa (Advair HFA genérico)</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 G por 30 días) MO
<i>wixela inhub</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>TÓPICO</b>		
<b>DERMATOLOGÍA, ACNÉ</b>		
<i>accutane</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>amnesteem</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>claravis</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>clindacin</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días)
<i>clindamycin phosphate espuma 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate gel tubo 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate gel frasco 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate loción 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate solución externa 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>dapsone gel 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ery apósito 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin gel 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>erythromycin solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>isotretinoin</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>sulfacetamide sodium loción 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<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



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

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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b>DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS</b>		
<i>acitretin</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>calcipotriene solución</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene crema, pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcitrene</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>CALCITRIOL POMADA 3 MG/G</i>	\$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
<i>TAZORAC CREMA 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA MO



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

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

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



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



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

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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>podoфilox solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>procto-med hc</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>proctocort</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>proctozone-hc</i>	\$0 para el Nivel 1	
RECTIV	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS</b>		
<i>malathion</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>permethrin crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS</b>		
<i>REGRANEX</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) PA MO
<i>SANTYL</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 G por 30 días) MO
<i>sodium chloride 0.9 % soln. para irrigación</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>agua estéril para irrigación</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<b>AGENTES DENTALES/FARÍNGEOS/BUCALES</b>		
<i>cevimeline hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chlorhexidine gluconate enjuague bucal 0.12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clinpro 5000</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clotrimazole past. para chup. 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>denta 5000 plus sensitive</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dentagel</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluoridex daily defense</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluoridex alivio de la sensibilidad/sin lauril sulfato de sodio</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluorimax 5000</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluorimax 5000 sensitive</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fraiche 5000 dental</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>just right 5000</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

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



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

**NO CUBIERTO POR LA PARTE D DE MEDICARE*****De venta libre***

<i>acetaminophen cápsula, tableta masticable, líquido, solución, suspensión, tableta</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 rapid tabs. children</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetaminophen supositorio 120 mg, 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ACETAMINOPHEN SUPOSITORIO 650 MG	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acetaminophen/aspirin/caffeine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acid gone</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ACIDOPHILUS LACTOBACILLI	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acidophilus/pectin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ACTIVNUTRIENTS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>adapalene</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ALAHIST D	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ALBUSTIX	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PREPARACIONES CON ALCOHOL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aluminum/magnesium/simethicone</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ammonium lactate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>antacid &amp; anti-gas maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>antacid extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>antibiotic + pain relief maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>anti-dandruff shampoo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>artificial tears</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aspirin regular strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ASPIRIN SUPOSITORIO	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aspirin tableta masticable, tableta, tableta de liberación retardada</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ATABEX OB	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>aveeno baby soothing multi-purpose</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
AYR GOTAS NASALES	\$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>bacitracin/neomycin/polymyxin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bacitracin/polymyxin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>balmex multi-purpose</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bayer advanced aspirin extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
BD GLUCOSE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>benzoyl peroxide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>benzoyl peroxide wash</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
BENZYL ALCOHOL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
BENZYL BENZOATE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
BION LÁGRIMAS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bisacodyl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>bismuth subsalicylate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>budesonide aerosol nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>butenafine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CALAMINE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 500 + d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 500+d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CALCIUM 500+D3 HIGH POTENCY	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 600 + minerals</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 600/vitamin d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 600+d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium 600+d plus minerals</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium antacid extra strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium antacid ultra</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CALCIUM CARBONATE SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium carbonate tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium citrate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium oyster shell</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium polycarbophil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>calcium tableta 1500 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CALCIUM TABLETA 500 MG	\$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:

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>capsaicin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>carbamoxide gotas óticas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>carboxymethylcellulose sodium gel oftálmico</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>carboxymethylcellulose sodium solución oftálmica gotas oftálmicas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CASTOR OIL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>castor oil stimulant laxative</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cerave baby ungüento curativo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetirizine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetirizine hydrochloride solución</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetirizine hydrochloride tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CHEMSTRIP 2 EN TIRAS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CHEMSTRIP 9 TIRAS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CHEMSTRIP UGK	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CHERRY JARABE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin c masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>acetaminophen masticable para niños</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>childrens pepto</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CHLOPHEDIANOL/ DEXCHLOPHENIRAMINE./ PSEUDOEPHEDRINE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>chloraseptic</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>cimetidine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>clear eyes natural tears lubricant</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>clotrimazole 3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>clotrimazole crema externa</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>clotrimazole crema vaginal, solución</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cold &amp; cough childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cold/flu daytime relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
COLEMAN 100 MAX INSECT REPELLENT/ AEROSOL CONTINUO	\$0 para el Nivel 1	OTC:
COLEMAN INSECT REPELLENT/HIGH & DRY	\$0 para el Nivel 1	OTC:
COLEMAN INSECT REPELLENT/ SPORTSMEN	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CONDOMS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>corn and callus remover</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cortizone-10 feminine itch relief maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
COTTONSEED OIL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cromolyn sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CULTURELLE ADULT ULTIMATE BALANCE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CULTURELLE DIGESTIVE DAILY PROBIOTIC PRO STRENGTH	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CULTURELLE DIGESTIVE HEALTH	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CULTURELLE HEALTH & WELLNESS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CULTURELLE ULTIMATE STRENGTH PROBIOTIC	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CUTTER	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CUTTER ALL FAMILY	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CUTTER BACKWOODS DRY	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CUTTER SKINSATIONS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CUTTER SPORT	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CVS INSECT REPELLENT	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs natural tears pf</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs scalp relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cvs sleep-aid nighttime</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CVS TOTAL HOME INSECT REPELLENT	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>cyanocobalamin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>day-time pe cold/flu relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>desitin multi-purpose healing</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:



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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:
DHS TAR	\$0 para el Nivel 1	OTC:
DIASTIX	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>diclofenac sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dimenhydrinate</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>docosanol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>docusate calcium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>docusate sodium cápsula, líquido, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
DOCUSATE SODIUM JARABE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>dry eye relief gotas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
DUREX REALFEEL SIN LÁTEX	\$0 para el Nivel 1	OTC:
D-VI-SOL	\$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:
CÁPSULA VACÍA TAMAÑO 1 AZUL/POLVO AZUL	\$0 para el Nivel 1	OTC:

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENCARE <i>enema disposable</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ergocalciferol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>esomeprazole magnesium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>esomeprazole magnesium dr 24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ETHYL OLEATE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
EX-LAX <i>eye allergy relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>famotidine tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>famotidine tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
FC2 FEMALE CONDOM	\$0 para el Nivel 1	OTC:
FERRETTS CHEWABLE IRON <i>ferrous fumarate 324</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ferrous gluconate tableta 240 mg, 324 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
FERROUS GLUCONATE TABLETA 324 MG <i>ferrous sulfate solución, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
FERROUS SULFATE TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 324 MG <i>de ferrous sulfate tableta liberación retardada 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fexofenadine hcl childrens allergy</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fexofenadine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>felofenadine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride er fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>flanders buttocks</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
FLAVORX	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>fluticasone propionate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>folic acid</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>folic acid/vitamin b-6/vitamin b-12</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>folplex 2.2</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
FORA GTEL BLOOD KETONE TIRAS REACTIVAS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
GAVISCON	\$0 para el Nivel 1	OTC:
GENTEAL SEVERE TEARS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>genteal lágrimas gotas líquidas moderate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>genteal tears mild</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
GENTEAL LÁGRIMAS MODERATE PF	\$0 para el Nivel 1	OTC:
GENTEAL LÁGRIMAS SEVERE DÍA/NOCHE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glucose gel</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
GLUCOSE TABLETA MASTICABLE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glycerin adult</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
GLYCERIN NO APLICA LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glycerin líquido externo</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glycerin infant</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>glycerin infants &amp; children</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<b>GNP PROBIOTIC EXTRA STRENGTH</b>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gnp vitamina a/d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<b>GOOD START SUPREME AGUA ESTÉRIL</b>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin er</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin/codeine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin/dextromethorphan</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>guaifenesin/pseudoephedrine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hemorroidal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<b>HISTEX</b>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrocortisone crema 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<b>HYDROCORTISONE CREMA 1 %</b>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrocortisone loción</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrocortisone pomada 0.5 %, 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrocortisone pomada 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>hydrocortisone/aloe</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrolatum</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ibuprofen</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ibuprofen infants</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ibuprofen junior strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
INSTA-GLUCOSE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>iron 100 plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
IRON CHEWS PEDIATRIC	\$0 para el Nivel 1	OTC:
IRON TABLETA	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>iron tableta de liberación prolongada</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>isopropyl alcohol toallitas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ivermectin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
IVIZIA SEVERE/NIGHT DRY EYES	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>just lágrimas gotas oftálmicas</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:
KETONE TIRAS REACTIVAS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
KETOSTIX	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ketotifen fumarate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
KONSYL DAILY FIBER	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>kp omega-3 fish oil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lactobacillus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
LACTOSE MONOHYDRATE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lansoprazole</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>laxative maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>levocetirizine dihydrochloride</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	OTC:
<i>lice treatment</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lidocaine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>lidocaine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
LOHIST-DM	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loperamide hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loperamide hydrochloride solución, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loratadine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loratadine childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loratadine-d 12 h</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loratadine-d 24 h</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:



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lubricante ocular gotas/doble acción</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>gotas oftálmicas lubricantes</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>maalox childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>magnesium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>magnesium citrate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>magnesium oxide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>M-CLEAR WC</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>meclizine hydrochloride tableta 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>meclizine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>meclizine hydrochloride tableta masticable</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>miconazole</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>miconazole 1</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>miconazole 3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>miconazole 3 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>milk of magnesia</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

Si tiene preguntas, llame a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](http://AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-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:
MINERAL OIL HEAVY	\$0 para el Nivel 1	OTC:
MINERAL OIL LIGHT	\$0 para el Nivel 1	OTC:
CREMA HIDRATANTE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>loción humectante</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex fast-max congestion &amp; headache maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucinex sinus-max severe congestion &amp; pain maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucus dm</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>mucus relief severe congestion &amp; cough</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi complete</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi vitamin/minerals full spectrum</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multiple vitamins/iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi-vitamin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multivitamin childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
MULTIVITAMIN PLUS IRON CHILDRENS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER	\$0 para el Nivel 1	OTC:
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
MULTIVITAMIN/FLUORIDE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>multivitamins</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multi-vitamins/iron</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>naloxone hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>naproxen sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nasal mist</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
NATRAPEL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>natural fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>niacin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>niacin liberación gradual</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>niacin tr cápsula de liberación prolongada 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
NIACIN TR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>niacin tr tableta de liberación prolongada</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nicotine</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nicotine polacrilex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM KIT	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>nicotine transdermal system parche 24 horas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
OFF ACTIVE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
OFF DEEP WOODS DRY	\$0 para el Nivel 1	OTC:
OFF DEEP WOODS SPORTSMEN	\$0 para el Nivel 1	OTC:
OFF FAMILYCARE CLEAN FEEL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
OFF SMOOTH & DRY	\$0 para el Nivel 1	OTC:

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OLIVE OIL	\$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 cápsula 120 mg; 180 mg; 1000 mg; 1 unidad</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
OMEGA-3 CÁPSULA 308 MG; 448 MG; 1400 MG; 910 MG	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>omega-3 fish oil</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:
ONETOUCH ULTRA CONTROL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ONETOUCH VERIO LEVEL 4 SOLUCIÓN DE CONTROL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
OPILL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
OPTIONS GYNOL II VAGINAL CONTRACEPTIVE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SUSPENSIÓN ORAL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>oxymetazoline hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
OYSTER SHELL CALCIUM/D	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>paladin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PATADAY EXTRA STRENGTH	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PCCA SORBITOL LOLLIPOP BASE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PEDIA-LAX	\$0 para el Nivel 1	OTC:



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PETROLATUM	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>phenazopyridine hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>phenazopyridine hydrochloride tableta 95 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>phenylephrine hydrochloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>phosphorous</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>phospho-trin k500</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>phytonadione</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pink bismuth</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pink bismuth maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pinworm medicine</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>polysaccharide-iron complex</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>polyvinyl alcohol</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
POLY-VI-SOL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>pramoxine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PRENATABS FA	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PRENATABS RX	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PRENATAL 19	\$0 para el Nivel 1	OTC:

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRENATAL TABLETA 100 MG; 0; 200 MG; 10 MCG; 4 MCG; 27 MG; 800 MCG; 18 MG; 2.6 MG; 0; 1.7 MG; 1.5 MG; 5 MG; 1200 MCG; 25 MG, 120 MG; 4000 UNIDADES; 200 MG; 400 UNIDADES; 8 MCG; 0; 0; 0; 28 MG; 800 MCG; 20 MG; 2.6 MG; 1.7 MG; 0; 1.8 MG; 30 UNIDADES; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PRENATAL TABLETA 120 MG; 0; 200 MG; 10 MCG; 2 MG; 12 MCG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 1200 MCG; 3 MG; 1.84 MG; 10 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PRENATAL-U	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PRIMADOPHILUS BIFIDUS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
PROBIOTIC DIGESTIVE SUPPORT EXTRA STRENGTH	\$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>psyllium fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>qc pink bismuth</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>qc psyllium fiber</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
RANGER READY REPELLENT	\$0 para el Nivel 1	OTC:
RASPBERRY JARABE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>redness reliever gotas oftálmicas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REFRESH	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REFRESH DIGITAL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REFRESH OPTIVE	\$0 para el Nivel 1	OTC:



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REFRESH OPTIVE ADVANCED	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REFRESH OPTIVE SIN CONSERVANTES	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REFRESH RELIEVA	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REFRESH RELIEVA PF	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REFRESH LÁGRIMAS PF	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REPEL FAMILY	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REPEL SPORTSMEN DRY	\$0 para el Nivel 1	OTC:
REPEL SPORTSMEN MAX	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>saline gel nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>saline aerosol nasal infants/childrens</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SAWYER INSECT REPELLENT	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SAWYER PREMIUM INSECT REPELLENT	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>scalpicin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>senna smooth</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SENNA JARABE 176 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>senna jarabe 8.8 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>senna tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sennosides/docusate sodium</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SESAME OIL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>simethicone</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SIMPLE JARABE	\$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:
SM FOAMING ANTACID	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SM LIBERACIÓN LENTA IRON	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SODIUM BICARBONATE POLVO	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sodium bicarbonate tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>sodium chloride</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SODIUM FLUORIDE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>soothe hydration</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>soothe xp</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>soothe xp/xtra protection</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SORBITOL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>agua estéril para irrigación</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
STEVIA	\$0 para el Nivel 1	OTC:
STEVIA EXTRACTO EN POLVO 0	\$0 para el Nivel 1	OTC:
STEVIA EXTRACTO EN POLVO 90 %	\$0 para el Nivel 1	OTC:
STEVIOL GLYCOSIDES	\$0 para el Nivel 1	OTC:
STEVIOSIDE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>stye</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SUSPENSION VEHICLE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SYRSPEND SF	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SYRUP VEHICLE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SYRUP VEHICLE SF	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SYSTANE COMPLETE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>systane contacts gotas calmantes</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
SYSTANE GEL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>terbinafine hcl</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>thera-gesic plus</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
TODAY SPONGE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tolnaftate</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>triamicinolone acetonide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
TRIAMINIC FEVER REDUCER PAIN RELIEVER INFANTS	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tri-buffered aspirin</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
TRINATE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>triple antibiotic plus pain reliever maximum strength</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:
TRI-VI-SOL A/C/D	\$0 para el Nivel 1	OTC:
TRI-VITE/FLUORIDE	\$0 para el Nivel 1	OTC:

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
TRUSTEX NON-LUBRICATED	\$0 para el Nivel 1	OTC:
TUSNEL C	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tussin cough</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tussin cough de acción prolongada</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>tussin dm max</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>ultra-mega</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
ULTRATHON INSECT REPELLENT 8	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>urea</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>urinary pain relief</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>uristat ultra/cranberry</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vagisil</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE PELÍCULA	\$0 para el Nivel 1	OTC:
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vicks dayquil cold &amp; flu</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
VITAMIN A/C/D INFANT/TODDLER	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin b-12</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin b-6</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin c</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin d-3</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d3 cápsula, tableta masticable, líquido, tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>vitamin d3 gomitas</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
VITAMIN D3 TABLETA QUE SE DESINTEGRA	\$0 para el Nivel 1	OTC:
VITAMINS A/C/D/FLUORIDE	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>wart remover maximum strength</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:
XANTHAN GUM	\$0 para el Nivel 1	OTC:
<i>zinc oxide</i>	\$0 para el Nivel 1	OTC:

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



## D. Índice de medicamentos cubiertos

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

Nombre del medicamento	Página n. <sup>o</sup>	Nombre del medicamento	Página n. <sup>o</sup>
<b>A</b>			
abacavir .....	26, 28	aliskiren .....	59
abacavir sulfate/lamivudine .....	28	allopurinol .....	16
ABELCET .....	24	alosetron hydrochloride .....	110
ABILIFY .....	68	alprazolam .....	61
abiraterone acetate .....	38	ALPRAZOLAM INTENSOL .....	61
abirtega .....	38	ALREX .....	130
ABRYSVO .....	121	altavera .....	92
acamprosate calcium .....	84	ALUNBRIG .....	40, 41
acarbose .....	87	ALVAIZ .....	115
accutane .....	138	ALVESCO .....	137
acebutolol hydrochloride .....	55	alyacen 1/35 .....	92
acetaminophen .....	19	alyacen 7/7/7 .....	92
acetaminophen/codeine .....	19	amabelz .....	101
acetazolamide .....	58	amantadine hcl .....	66
acetazolamide er .....	58	ambrisentan .....	61
acetic acid .....	112, 132	amethia .....	92
acetylcysteine .....	103, 135	amethyst .....	92
acitretin .....	140	amikacin sulfate .....	21
ACTHIB .....	121	amiloride hcl .....	58
ACTIMMUNE .....	120	amiloride/hydrochlorothiazide .....	58
acyclovir .....	30	aminophylline .....	135
acyclovir sodium .....	30	amiodarone hydrochloride .....	52, 53
ADACEL .....	121	amitriptyline hcl .....	63
ADALIMUMAB .....	116	amitriptyline hydrochloride .....	63
ADALIMUMAB-AACF .....	116	amlodipine besylate .....	50, 51, 56, 59
adefovir dipivoxil .....	30	amlodipine besylate/atorvastatin calcium .....	59
ADMELOG .....	85	amlodipine besylate/benazepril hydrochloride .....	50
ADMELOG SOLOSTAR .....	85	amlodipine besylate/valsartan .....	51
afirmelle .....	92	amlodipine/olmesartan medoxomil .....	51
agua estéril para irrigación .....	145	amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide .....	51
AIMOVIG .....	81	ammonium lactate .....	143
AIRSUPRA .....	137	amnesteem .....	138
AKEEGA .....	38	amoxapine .....	63
ala-cort .....	141	amoxicillin .....	35
albendazole .....	21	amoxicillin/clavulanate potassium .....	35
albuterol sulfate .....	135	amoxicillin/clavulanate potassium er .....	35
albuterol sulfate hfa .....	134	amphetamine/dextroamphetamine .....	79
alclometasone dipropionate .....	141	amphetamine/dextroamphetamine er .....	79
ALECENSA .....	40	amphotericin b .....	24
alendronate sodium .....	90	amphotericin b liposome .....	24
alfuzosin hcl .....	112	ampicillin .....	35, 36
		ampicillin sodium .....	35, 36

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ampicillin-sulbactam.....	36	AZATHIOPRINE.....	120
anagrelide hydrochloride.....	115	azelaic acid .....	143
anastrozole.....	38	azelastine hcl.....	130, 134
ANORO ELLIPTA.....	133	azelastine hydrochloride .....	134
aprepitant.....	107	azithromycin.....	34
apri.....	92	AZITHROMYCIN.....	34
APTIOM.....	72	aztreonam.....	21
APTIVUS.....	26	azurette.....	93
aranelle .....	92	<b>B</b>	
ARCALYST.....	120	bacitracin .....	128
AREXVY.....	121	bacitracin/polymyxin b.....	128
ARIKAYCE.....	21	baclofen.....	83
aripiprazole.....	68	BAFIERTAM .....	83
aripiprazole tabs. bucodispersables .....	68	balsalazide disodium.....	109
ARISTADA.....	68	BALVERSA.....	41
ARISTADA INITIO.....	68	balziva .....	93
armodafnil .....	84	BASAGLAR KWIKPEN.....	86
ARNUITY ELLIPTA.....	137	BCG VACUNA.....	121
asenapine maleate sl .....	68	BD ALCOHOL SWABS .....	86
ashlyna .....	92	BD INSULIN JERINGA.....	86
ASPARLAS .....	40	BD PEN .....	86
aspirin/dipyridamole er .....	116	BD PEN AGUJA/ORIGINAL/	
ASTAGRAF XL.....	120	ULTRAFINA/29 G X 1/2 .....	86
atazanavir .....	26	benazepril hydrochloride .....	50
atazanavir sulfate .....	26	benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide .....	50
atenolol .....	55	BENLYSTA.....	120
atenolol/chlorthalidone .....	55	benztropine mesylate .....	66
atomoxetine .....	79	BERINERT .....	115
atorvastatin calcium.....	54	BESIVANCE.....	128
atovaquone .....	21, 26	BESREMI .....	40
atovaquone/proguanil hcl .....	26	betaine anhydrous .....	103
ATROPINE SULFATE .....	132	betamethasone dipropionate augmented .....	141
ATROVENT HFA.....	133	betamethasone valerate .....	141
aubra eq .....	92	BETASERON .....	83
AUGTYRO .....	41	betaxolol hcl.....	55, 131
aurovela 1.5/30 .....	92	bethanechol chloride .....	112
aurovela 1/20 .....	93	BETOPTIC-S .....	131
aurovela 24 fe.....	93	BEVESPI AEROSPHERE .....	133
aurovela fe 1.5/30 .....	93	bexarotene .....	40, 143
aurovela fe 1/20 .....	93	BEXZERO .....	121
AUSTEDO .....	82	bicalutamide.....	38
AUSTEDO XR .....	82	BICILLIN L-A .....	36
AUVELITY .....	63	BIKTARVY .....	28
aviane .....	93	bisoprolol .....	55, 56
ayuna.....	93	bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide.....	55
AYVAKIT .....	41	blisovi 24 fe .....	93
azathioprine .....	120		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	93	CAMRESE LO	93
<i>blisovi fe 1/20</i>	93	<i>candesartan cilexetil</i>	52
BOOSTRIX	121	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	51
<i>bosentan</i>	61	CAPLYTA	68
BOSULIF	41	CAPRELSA	41
BRACLUDE	30	<i>captopril</i>	50
BRAFTOVI	41	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	50
BREO ELLIPTA	137	<i>carbamazepine</i>	73
BREZTRI AEROSPHERE	133	<i>carbamazepine er</i>	73
<i>briellyn</i>	93	<i>carbidopa</i>	67
BRILINTA	116	<i>carbidopa/levodopa</i>	67
BRIMONIDINE TARTRATE	131	CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE	67
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	131	<i>carbidopa/levodopa er</i>	67
<i>brinzolamide</i>	131	<i>carbidopa/levodopa tabs. bucdispersables</i>	67
BRIVIACT	73	<i>carbinoxamine maleate</i>	134
<i>bromfenac</i>	130	<i>carglumic acid</i>	103
<i>bromocriptine mesylate</i>	66	<i>carteolol hcl</i>	131
BROMSITE	130	<i>cartia xt</i>	56
BRONCHITOL	135	<i>carvedilol</i>	56
BRUKINSA	41	<i>carvedilol phosphate er</i>	56
<i>budesonide</i>	137	<i>caspofungin acetate</i>	25
<i>budesonide dr</i>	109	CAYSTON	21
<i>budesonide er</i>	109	<i>cefaclor</i>	32
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	137	CEFACLOR ER	32
<i>bumetanide</i>	58	<i>cefadroxil</i>	32
<i>buprenorphine</i>	18	<i>cefazolin</i>	32
<i>buprenorphine hcl</i>	84	CEFAZOLIN	32
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	84	<i>cefazolin sodium</i>	32
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	84	CEFAZOLIN SODIUM	32
<i>bupropion</i>	63	<i>cefdinir</i>	32
<i>bupropion hydrochloride er</i>	63, 84	<i>cefepime</i>	32
<i>buspirone hcl</i>	61	<i>cefixime</i>	33
<i>buspirone hydrochloride</i>	61	<i>cefotetan</i>	33
<i>butorphanol</i>	19	<i>cefoxitin sodium</i>	33
<i>butorphanol tartrate</i>	19	<i>cefipodoxime proxetil</i>	33
<b>C</b>		<i>cefprozil</i>	33
<i>cabergoline</i>	103	<i>ceftazidime</i>	33
CABOMETYX	41	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	33
<i>calcipotriene</i>	140	<i>ceftriaxone sodium</i>	33
<i>calcitonin-salmon</i>	90	CEFTRIAXONE SODIUM	33
<i>calcitrene</i>	140	<i>cefuroxime axetil</i>	33
<i>calcitriol</i>	106	<i>cefuroxime sodium</i>	33
CALCITRIOL	140	<i>celecoxib</i>	16
CALQUENCE	41	<i>cephalexin</i>	33
<i>camila</i>	93	CERDELGA	103
CAMRESE	93	<i>cetirizine hydrochloride</i>	134
		<i>cevimeline hydrochloride</i>	145

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>charlotte 24 fe</i> .....	93	<i>clobazam</i> .....	73
<i>chateal eq</i> .....	93	<i>clobetasol propionate</i> .....	141
<i>CHEMET</i> .....	91	<i>clobetasol propionate e</i> .....	141
<i>chloramphenicol sodium succinate</i> .....	21	<i>clodan</i> .....	141
<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	61	<i>clomipramine hydrochloride</i> .....	63
<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i> .....	61	<i>clonazepam</i> .....	73
<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	145	<i>clonazepam tabs. bucdispersables</i> .....	73
<i>chloroquine phosphate</i> .....	26	<i>clonidine</i> .....	59
<i>chlorpromazine hcl</i> .....	68	<i>clonidine hydrochloride</i> .....	59
<i>chlorpromazine hydrochloride</i> .....	68	<i>clopidogrel</i> .....	116
<i>chlorthalidone</i> .....	58	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	73
<i>cholestyramine</i> .....	54	<i>clorzoxazone</i> .....	83
<i>cholestyramine light</i> .....	54	<i>clotrimazole</i> .....	139
<i>ciclopirox</i> .....	139	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i> .....	139
<i>ciclopirox olamine</i> .....	139	<i>clotrimazole past. para chup.</i> .....	145
<i>cilstostazol</i> .....	115	<i>clozapine</i> .....	69
<i>CILOXAN</i> .....	128	<i>clozapine tabs. bucdispersables</i> .....	69
<i>CIMDUO</i> .....	28	<i>CLOZAPINE TABS. BUCODISPERSABLES</i> .....	68, 69
<i>cimetidine</i> .....	108	<i>COARTEM</i> .....	26
<i>cinacalcet hydrochloride</i> .....	63, 103	<i>COBENFY</i> .....	69
<i>CIPROFLOXACIN</i> .....	34, 128, 132, 133	<i>CODEINE SULFATE</i> .....	19
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i> .....	133	<i>colchicine</i> .....	16
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	34	<i>colesevelam hydrochloride</i> .....	54
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i> .....	34, 128	<i>colestipol</i> .....	54
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i> .....	34	<i>colistimethate sodium</i> .....	21
<i>CIPRO HC</i> .....	132	<i>COMBIGAN</i> .....	131
<i>citalopram hydrobromide</i> .....	63	<i>COMBIVENT RESPIMAT</i> .....	133
<i>claravis</i> .....	138	<i>COMETRIQ KIT</i> .....	41
<i>clarithromycin</i> .....	34	<i>COMPLERA</i> .....	28
<i>clarithromycin er</i> .....	34	<i>compro</i> .....	107
<i>clemastine fumarate</i> .....	134	<i>constulose</i> .....	109
<i>CLENPIQ</i> .....	109	<i>COPIKTRA</i> .....	42
<i>clindacin</i> .....	138	<i>CORLANOR</i> .....	59
<i>clindamycin</i> .....	21, 138	<i>COSENTYX</i> .....	117
<i>clindamycin hcl</i> .....	21	<i>COSENTYX SENSOREADY PEN</i> .....	117
<i>clindamycin hydrochloride</i> .....	21	<i>COSENTYX UNOREADY</i> .....	117
<i>clindamycin palmitate hcl</i> .....	21	<i>COTELLIC</i> .....	42
<i>clindamycin phosphate</i> .....	21, 113, 138	<i>CREON</i> .....	110
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i> .....	21	<i>cromolyn sodium</i> .....	110, 130, 135
<i>CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE</i> .....	21	<i>cryselle-28</i> .....	93
<i>CLINIMIX 6/5</i> .....	127	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i> .....	83
<i>CLINIMIX 8/10</i> .....	127	<i>cyclophosphamide</i> .....	37
<i>CLINIMIX 8/14</i> .....	127	<i>CYCLOPHOSPHAMIDE</i> .....	37
<i>CLINIMIX/DEXTROSE</i> .....	127	<i>cycloserine</i> .....	29
<i>clinisol sf</i> .....	127	<i>cyclosporine</i> .....	120
<i>CLINOLIPID</i> .....	127	<i>cyclosporine modified</i> .....	120
<i>clinpro 5000</i> .....	145	<i>cyproheptadine hcl</i> .....	134

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cyproheptadine hydrochloride</i> .....	134	<i>dextroamphetamine</i> .....	79
<i>cyred eq</i> .....	93	<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	79
<b>CYSTAGON</b> .....	104	<i>dextroamphetamine sulfate er</i> .....	79
<b>CYSTARAN</b> .....	132	<i>dextrose</i> .....	123, 124, 127
<b>D</b>		<b>DEXTROSE</b> .....	123, 124, 127
<i>dabigatran</i> .....	113	<b>DEXTROSE/ELECTROLYTE #48 VIAFLEX</b> .....	123
<i>dalfampridine er</i> .....	83	<b>DEXTROSE/LACTATED RINGERS</b> .....	124
<i>danazol</i> .....	85	<b>DEXTROSE/NACL</b> .....	124
<i>dantrolene</i> .....	84	<b>DIACOMIT</b> .....	73, 74
<b>DANZITEN</b> .....	42	<i>diazepam</i> .....	74
<i>dapsone</i> .....	21, 138	<b>DIAZEPAM GEL RECTAL</b> .....	74
<b>DAPTACEL</b> .....	121	<i>diazoxide</i> .....	103
<i>daptomycin</i> .....	22	<i>diclofenac potassium</i> .....	16
<b>DAPTO MYCIN</b> .....	21, 22	<i>diclofenac sodium</i> .....	130, 143
<i>darunavir</i> .....	26	<i>diclofenac sodium dr</i> .....	16
<i>dasatinib</i> .....	42	<i>diclofenac sodium er</i> .....	17
<i>dasetta 1/35</i> .....	93	<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> .....	17
<i>dasetta 7/7/7</i> .....	94	<i>dicloxacillin sodium</i> .....	36
<b>DAURISMO</b> .....	42	<i>dicyclomine hcl</i> .....	108
<i>daysee</i> .....	94	<i>dicyclomine hydrochloride</i> .....	108
<b>DAYVIGO</b> .....	80	<b>DIFICID</b> .....	34
<i>deblitane</i> .....	94	<i>diflunisal</i> .....	17
<i>deferasirox</i> .....	91	<i>difluprednate</i> .....	130
<b>DELSTRIGO</b> .....	28	<i>digox</i> .....	59
<i>delyla</i> .....	94	<i>digoxin</i> .....	59
<b>DENGVAXIA</b> .....	121	<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	81
<i>denta</i> .....	145	<b>DILANTIN</b> .....	74
<i>dentagel</i> .....	145	<b>DILANTIN-125</b> .....	74
<b>DEPO-SUBQ PROVERA</b> .....	94	<b>DILANTIN INFATABS</b> .....	74
<b>DESCOVY</b> .....	29	<i>diltiazem</i> .....	57
<i>desipramine hydrochloride</i> .....	63	<i>diltiazem hcl</i> .....	57
<i>desloratadine</i> .....	134	<b>DILTIAZEM HCL</b> .....	57
<i>desloratadine tabs. bucodispersables</i> .....	134	<i>diltiazem hcl cd</i> .....	57
<i>desmopressin acetate</i> .....	104	<i>diltiazem hcl er</i> .....	57
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i> .....	94	<i>diltiazem hydrochloride</i> .....	57
<i>desonide</i> .....	141	<i>diltiazem hydrochloride er</i> .....	57
<i>desoximetasone</i> .....	141	<i>dilt-xr</i> .....	57
<i>desvenlafaxine er</i> .....	63	<b>DIMENHYDRINATE</b> .....	107
<i>dexamethasone</i> .....	102, 130	<i>diphenhydramine</i> .....	134
<b>DEXAMETHASONE INTENSOL</b> .....	102	<i>diphenoxylate/atropine</i> .....	110
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....	130	<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i> .....	110
<i>dexlansoprazole</i> .....	111	<i>dipyridamole</i> .....	116
<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	79	<i>disopyramide phosphate</i> .....	53
<i>dexmethylphenidate hcl er</i> .....	79	<i>disulfiram</i> .....	84
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i> .....	79	<i>divalproex sodium dr</i> .....	74
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i> .....	79	<i>divalproex sodium er</i> .....	74
		<i>dofetilide</i> .....	53

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>dolishale</i> .....	94	EMCYT.....	38
<i>donepezil hcl</i> .....	62	EMEND .....	107
<i>donepezil hydrochloride</i> .....	62	EMSAM.....	64
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i> .....	131	<i>emtricitabine</i> .....	26, 29
<i>dorzolamide hydrochloride</i> .....	131	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i> .....	29
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i> .....	131	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	29
<i>dotti</i> .....	101	EMTRIVA.....	26
DOVATO.....	29	EMVERM.....	22
<i>doxazosin mesylate</i> .....	51	<i>emzahh</i> .....	94
<i>doxepin hcl</i> .....	63	<i>enalapril maleate</i> .....	50
<i>doxepin hydrochloride</i> .....	63, 80	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i> .....	50
DOXEPIN HYDROCHLORIDE.....	143	ENBREL.....	117
<i>doxercalciferol</i> .....	106	ENBREL MINI.....	117
<i>doxy 100</i> .....	36	ENBREL SURECLICK.....	117
<i>doxycycline</i> .....	37	ENDARI.....	115
DOXYCYCLINE.....	143	<i>endocet</i> .....	19
<i>doxycycline hyclate</i> .....	36, 37	ENGERIX-B.....	121
<i>doxycycline monohydrate</i> .....	37	<i>enilloring</i> .....	94
DRIZALMA.....	64	<i>enoxaparin sodium</i> .....	114
<i>dronabinol</i> .....	107	<i>enpresse-28</i> .....	94
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i> .....	94	<i>enskyce</i> .....	94
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i> ..	94	<i>entacapone</i> .....	67
<i>droxidopa</i> .....	59, 60	<i>entecavir</i> .....	30
DUAVEE.....	101	ENTRESTO .....	51
DULERA.....	137	<i>enulose</i> .....	109
<i>duloxetine hcl</i> .....	64	EPCLUSA.....	30
<i>duloxetine hydrochloride</i> .....	64	EPIDIOLEX.....	74
DUPIXENT.....	117	<i>epinastine hcl</i> .....	130
<i>dutasteride</i> .....	112	<i>epinephrine</i> .....	135
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i> .....	112	<i>epitol</i> .....	74
<b>E</b>		<i>eplerenone</i> .....	51
<i>econazole nitrate</i> .....	139	<i>epoprostenol sodium</i> .....	61
EDARBI.....	52	EPRONTIA.....	74
EDARBYCLOR .....	51	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i> .....	81
EDURANT .....	26	ERIVEDGE.....	42
<i>efavirenz</i> .....	26	ERLEADA.....	38
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	29	<i>erlotinib hydrochloride</i> .....	42
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	29	<i>errin</i> .....	94
<i>effer-k</i> .....	125	ERTACZO.....	139
<i>electrolitos múltiples</i> .....	125	<i>ertapenem</i> .....	22
<i>eletriptan hydrobromide</i> .....	81	<i>ery</i> .....	138
ELIGARD .....	38	<i>erythromycin</i> .....	129, 138
<i>elinest</i> .....	94	<i>erythromycin base</i> .....	34
ELIQUIS .....	114	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> .....	138
ELIQUIS PAQ. INICIAL.....	113	<i>erythromycin dr</i> .....	34
<i>eluryng</i> .....	94	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	34
		<i>erythromycin lactobionate</i> .....	34

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>escitalopram oxalate</i>	64	<i>fesoterodine fumarate er</i>	112
<i>esomeprazole magnesium</i>	111	<b>FETZIMA</b>	64
<i>esomeprazole sodium</i>	111	<b>FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS</b>	64
<i>estarrylla</i>	94	<b>FIASP</b>	86
<i>estradiol</i>	101	<b>FIASP FLEXTOUCH</b>	86
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	101	<b>FIASP PENFILL</b>	86
<i>estradiol valerate</i>	101	<i>finasteride</i>	112
<b>ESTRING</b>	101	<i> fingolimod</i>	83
<i>ethambutol hydrochloride</i>	30	<b>FINTEPLA</b>	74
<i>ethosuximide</i>	74	<i>finzala</i>	95
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	94	<b>FIRMAGON</b>	39
<i>etodolac</i>	17	<i>flac</i>	133
<i>etodolac er</i>	17	<b>FLAREX</b>	130
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	94	<i>flecainide acetate</i>	53
<i>etravirine</i>	26	<i>fluconazole</i>	25
<b>EULEXIN</b>	39	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	25
<i>euthyrox</i>	106	<i>fluconazole/sodium chloride</i>	25
<i>everolimus</i>	42, 120	<i>flucytosine</i>	25
<b>EVOTAZ</b>	29	<i>fludrocortisone acetate</i>	102
<i>exemestane</i>	39	<i>flunisolide</i>	137
<b>EXKIVITY</b>	42	<i>fluocinolone acetonide</i>	133, 141, 142
<b>EXTENCILINE</b>	36	<i>fluocinolone acetonide corporal</i>	141
<b>EYSUVIS</b>	132	<i>fluocinonide</i>	142
<i>ezetimibe</i>	54	<i>fluocinonide base emulsionada</i>	142
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	54	<i>fluoride</i>	125
<b>F</b>		<i>fluoridex</i>	145
<i>falmina</i>	94	<i>fluoridex alivio de la sensibilidad/sin lauril sulfato de sodio</i>	145
<i>famciclovir</i>	30, 31	<b>fluorimax 5000</b>	145
<i>famotidine</i>	109	<i>fluorimax 5000 sensitive</i>	145
<i>famotidine premixed</i>	109	<b>FLUOROMETHOLONE</b>	130
<b>FANAPT</b>	69	<i>fluorouracil</i>	143
<b>FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS</b>	69	<b>FLUOROURACIL</b>	143
<b>FARXIGA</b>	87	<i>fluoxetine dr</i>	64
<b>FASENRA</b>	136	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	64
<b>FASENRA PEN</b>	135	<i>fluphenazine decanoate</i>	69
<i>febuxostat</i>	16	<i>fluphenazine hcl</i>	69
<i>feirza</i>	95	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	69
<i>felbamate</i>	74	<i>flurbiprofen</i>	17
<i>felodipine er</i>	57	<i>flurbiprofen sodium</i>	130
<i>fenofibrate</i>	53, 54	<i>fluticasone</i>	137
<i>fenofibrate micronized</i>	53	<i>fluticasone propionate</i>	137, 142
<i>fenofibric acid dr</i>	54	<i>fluvastatin</i>	54
<i>fenoprofen calcium</i>	17	<i>fluvastatin sodium er</i>	54
<b>FENOPROFEN CALCIUM</b>	17	<i>fluvoxamine maleate</i>	61
<i>fentanyl</i>	18, 19	<i>fluvoxamine maleate er</i>	61
<i>fentanyl citrate</i>	19	<i>fomepizole</i>	104

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fondaparinux sodium</i> .....	114	<i>glimepiride</i> .....	87
<i>fosamprenavir calcium</i> .....	26	<i>glipizide</i> .....	88
<i>fosinopril sodium</i> .....	50	<i>glipizide er</i> .....	88
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i> .....	50	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i> .....	88
<i>fosphénytoin sodium</i> .....	75	<i>glipizide xl</i> .....	88
FOTIVDA .....	42	<i>glycopyrrolate</i> .....	108
FRAGMIN .....	114	<b>GLYXAMBI</b> .....	88
<i>fraiche</i> .....	145	<b>GOLYTELY</b> .....	110
FRUZAQLA .....	42	<b>GOMEKLI</b> .....	43
<i>furosemide</i> .....	58	<i>gransetron hydrochloride</i> .....	107
FUZEON .....	27	<i>griseofulvin microsize</i> .....	25
<i>fyavolv</i> .....	102	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	25
FYCOMPA .....	75	<i>guanfacine</i> .....	79
<b>G</b>		<i>guanfacine hydrochloride</i> .....	60, 79
<i>gabapentin</i> .....	75	<b>H</b>	
<i>galantamine hydrobromide</i> .....	62	HAEGARDA .....	115
<i>galantamine hydrobromide er</i> .....	62	<i>hailey 1.5/30</i> .....	95
<i>gallifrey</i> .....	105	<i>hailey 24 fe</i> .....	95
GAMASTAN .....	119	<i>hailey fe 1.5/30</i> .....	95
GAMMAKED .....	119	<i>hailey fe 1/20</i> .....	95
GAMUNEX-C .....	120	<i>halobetasol propionate</i> .....	142
<i>ganciclovir</i> .....	31	<i>haloette</i> .....	95
GARDASIL 9 .....	121	<i>haloperidol</i> .....	69
GASAS .....	86	<i>haloperidol decanoate</i> .....	69
<i>gatifloxacín</i> .....	129	<i>haloperidol lactate</i> .....	69
GATTEX .....	110	HARVONI .....	31
<i>gavilyte-c</i> .....	109	HAVRIX .....	121
<i>gavilyte-g</i> .....	109	<i>heather</i> .....	95
<i>gavilyte-n/paquete saborizado</i> .....	109	<i>heparin sodium</i> .....	114
GAVRETO .....	42	HEPARIN SODIUM .....	114
<i>gefitinib</i> .....	42	HEPARIN SODIUM/D5W .....	114
<i>gemfibrozil</i> .....	54	HEPARIN SODIUM/DEXTROSE .....	114
GEMTESA .....	112	HEPARIN SODIUM/NACL .....	114
<i>generlac</i> .....	110	HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE .....	114
<i>genograf</i> .....	120	HEPLISAV-B .....	122
GENOTROPIN .....	104	HIBERIX .....	122
GENOTROPIN MINIQUICK .....	104	HUMIRA .....	117
<i>gentamicin sulfate</i> .....	22, 129, 139	HUMIRA PEN .....	117
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride</i> .....	22	HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO) .....	86
<i>gentamicin sulfate pediátrico</i> .....	22	HUMULIN R U-500 KWIKPEN .....	86
<i>gentamicin sulfate/sodium chloride</i> .....	22	<i>hydralazine</i> .....	60
GENVOYA .....	29	<i>hydralazine hydrochloride</i> .....	60
GIOTRIF .....	43	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	58
<i>glatiramer acetate</i> .....	83	<i>hydrocodone</i> .....	19
<i>glatopa</i> .....	83	<i>hydrocodone/acetaminophen</i> .....	19
GLEOSTINE .....	37	<i>hydrocodone bitartrate er</i> .....	18

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i> .....	19	<i>introvale</i> .....	95		
<i>hydrocortisone</i> .....	102, 109, 142	INVEGA HAFYERA.....	69		
<i>hydrocortisone/acetic acid</i> .....	133	INVEGA SUSTENNA.....	70		
<i>hydrocortisone perianal</i> .....	144	INVEGA TRINZA.....	70		
<i>hydrocortisone valerate</i> .....	142	IPOL INACTIVATED IPV .....	122		
<i>hydromorphone hcl</i> .....	20	<i>ipratropium bromide</i> .....	133		
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE .....	20	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i> .....	133		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	119	<i>irbesartan</i> .....	51, 52		
<i>hydroxyurea</i> .....	40	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i> .....	51		
<i>hydroxyzine hcl</i> .....	134	ISENTRESS.....	27		
<i>hydroxyzine hydrochloride</i> .....	134	ISENTRESS HD.....	27		
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	134	<i>isibloom</i> .....	95		
<b>I</b>					
<i>ibandronate sodium</i> .....	91	ISOLYTE-P/DEXTROSE.....	124		
IBRANCE .....	43	ISOLYTE-S.....	124		
<i>ibu</i> .....	17	ISOLYTE-S PH 7.4.....	124		
<i>ibuprofen</i> .....	17	<i>isoniazid</i> .....	30		
<i>icatibant acetate</i> .....	115	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	60		
<i>iclevia</i> .....	95	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i> .....	60		
ICLUSIG .....	43	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	60		
IDACIO .....	117, 118	<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	60		
IDACIO PAQ. INICIAL PARA ENFERMEDAD DE CHRON .....	118	<i>isotonic gentamicin</i> .....	22		
IDACIO PAQUETE INICIAL PARA LA PSORIASIS EN PLACAS.....	118	<i>isotretinoin</i> .....	138		
IDHIFA .....	43	<i>isradipine</i> .....	57		
<i>imatinib mesylate</i> .....	43	ITOVEBI.....	43		
IMBRUVICA.....	43	<i>itraconazole</i> .....	25		
<i>imipenem/cilastatin</i> .....	22	<i>ivabradine hydrochloride</i> .....	60		
<i>imipramine hcl</i> .....	64	<i>ivermectin</i> .....	22		
<i>imipramine hydrochloride</i> .....	64	IWIFIN.....	40		
<i>imiquimod</i> .....	144	IXCHIQ.....	122		
IMIQUIMOD BOMBA .....	144	IXIARO.....	122		
IMKELDI .....	43	<b>J</b>			
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) .....	122	<i>jaimiess</i> .....	95		
IMPAVIDO .....	22	JAKAFI.....	44		
INBRIJA .....	67	<i>jantoven</i> .....	114		
<i>incassia</i> .....	95	JANUMET .....	88		
INCRELEX .....	104	JANUMET XR .....	88		
INCRUSE ELLIPTA .....	133	JANUVIA .....	88		
<i>indapamide</i> .....	59	JARDIANCE .....	88		
INFANRIX .....	122	<i>jasmiel</i> .....	95		
INLYTA .....	43	<i>javygtor</i> .....	104		
INQOVI .....	38	JAYPIRCA .....	44		
INREBIC .....	43	<i>jencycla</i> .....	95		
INTELENCE .....	27	JENTADUETO .....	88		
		JENTADUETO XR.....	88		
		<i>jinteli</i> .....	102		
		JOLESSA .....	95		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>juleber</i> .....	95	<i>lactated ringers</i> .....	124
JULUCA .....	29	<i>lactulose</i> .....	110
<i>junel 1.5/30</i> .....	95	<i>lamivudine</i> .....	27, 31
<i>junel 1/20</i> .....	95	<i>lamivudine/zidovudine</i> .....	29
<i>junel fe 1.5/30</i> .....	96	<i>lamotrigine</i> .....	75, 76
<i>junel fe 1/20</i> .....	96	<i>lamotrigine er</i> .....	75
<i>junel fe 24</i> .....	96	<i>lamotrigine kit inicial/azul</i> .....	75
<i>just right 5000</i> .....	145	<i>lamotrigine kit inicial/naranja</i> .....	76
JYLAMVO .....	119	<i>lamotrigine kit inicial/verde</i> .....	75
JYNNEOS .....	122	<i>lamotrigine tabs. bucodispersables</i> .....	75
<b>K</b>			
<i>kaitlib fe</i> .....	96	<i>lansoprazole</i> .....	111
<i>kalliga</i> .....	96	LANTUS .....	86
KALYDECO .....	136	LANTUS SOLOSTAR .....	86
<i>kariva</i> .....	96	<i>lapatinib ditosylate</i> .....	44
KCL/D5W/NACL .....	124	<i>larin 1.5/30</i> .....	96
<i>kelnor 1/35</i> .....	96	<i>larin 1/20</i> .....	96
<i>kelnor 1/50</i> .....	96	<i>larin 24 fe</i> .....	96
KERENDIA .....	51	<i>larin fe 1.5/30</i> .....	96
KESIMPTA .....	83	<i>larin fe 1/20</i> .....	96
<i>ketoconazole</i> .....	25, 139	<i>latanoprost</i> .....	131
<i>ketodan</i> .....	140	LAZCLUZE .....	44
<i>ketoprofen er</i> .....	17	<i>leflunomide</i> .....	119
<i>ketorolac tromethamine</i> .....	17, 130	<i>lenalidomide</i> .....	40
KINRIX .....	122	LENTOCILIN .....	36
<i>kionex</i> .....	92	LENVIMA .....	44
KISQALI .....	44	LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA .....	44
KISQALI FEMARA DOSIS DE 200 .....	44	LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA .....	44
KISQALI FEMARA DOSIS DE 400 .....	44	LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA .....	44
KISQALI FEMARA DOSIS DE 600 .....	44	LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA .....	44
<i>klayesta</i> .....	140	LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA .....	44
<i>klor-con</i> .....	126	LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA .....	44
<i>klor-con 8</i> .....	126	<i>lessina</i> .....	96
<i>klor-con 10</i> .....	126	<i>letrozole</i> .....	39
<i>klor-con m10</i> .....	126	<i>leucovorin calcium</i> .....	49
<i>klor-con m15</i> .....	126	LEUKERAN .....	37
<i>klor-con m20</i> .....	126	<i>leuprolide acetate</i> .....	39
KOSELUGO .....	44	<i>levalbuterol</i> .....	135
<i>kourzeq</i> .....	146	<i>levalbuterol hcl</i> .....	135
KRAZATI .....	44	<i>levalbuterol hydrochloride</i> .....	135
KRISTALOSE .....	110	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA .....	135
<i>kurvelo</i> .....	96	<i>levetiracetam</i> .....	76
<b>L</b>			
<i>labetalol hydrochloride</i> .....	56	<i>levetiracetam er</i> .....	76
<i>lacosamide</i> .....	75	<i>levetiracetam/sodium chloride</i> .....	76
<i>levobunolol hcl</i> .....	131	<i>levobunolol hcl</i> .....	131
<i>levocarnitine</i> .....	104	LEVOCARNITINE .....	104
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	134	<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	134

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>levofloxacin</i>	35, 129	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	52
<i>levofloxacin in d5w</i>	35	<i>LOTEMAX</i>	130
<i>levonest</i>	96	<i>LOTEMAX SM</i>	130
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	96	<i>loteprednol etabonate</i>	130
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	96	<i>lovastatin</i>	54
<i>levora</i>	96	<i>low-ogestrel</i>	97
<i>levo-t</i>	106	<i>loxapine</i>	70
<i>levothyroxine sodium</i>	106	<i>lo-zumandimine</i>	97
<b>LEVOHYROXINE SODIUM</b>	106	<b>LUMAKRAS</b>	45
<i>levoxyl</i>	106	<b>LUMIGAN</b>	131
<i>l-glutamine</i>	115	<b>LUPRON DEPOT</b>	39
<i>lidocaine</i>	16, 143	<b>LUPRON DEPOT-PED</b>	104
<i>lidocaine hcl</i>	53	<i>lurasidone hydrochloride</i>	70
<b>LIDOCAINE HCL</b>	53	<i>lutera</i>	97
<b>LIDOCAINE HCL IN D5W</b>	53	<i>lyeq</i>	97
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	146	<i>lyllana</i>	102
<i>lidocaine/prilocaine</i>	143	<b>LYNPARZA</b>	45
<i>lidocaine viscous</i>	146	<b>LYSODREN</b>	39
<i>lidocan</i>	143	<b>LYTGOBI</b>	45
<b>LILERVANT</b>	76	<i>lyza</i>	97
<b>LILETTA</b>	96	<b>M</b>	
<i>linezolid</i>	22	<i>magnesium sulfate</i>	125
<b>LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE</b>	22	<b>MAGNESIUM SULFATE</b>	124
<b>LINZESS</b>	110	<i>malathion</i>	145
<i>liothyronine sodium</i>	106	<i>maraviroc</i>	27
<b>LIRAGLUTIDE</b>	88	<i>marlissa</i>	97
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	79	<b>MARPLAN</b>	64
<i>lisinopril</i>	50	<b>MATULANE</b>	40
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	50	<i>matzim la</i>	57
<i>lithium</i>	82	<b>MAVYRET</b>	31
<i>lithium carbonate</i>	82	<i>meclizine hcl</i>	107
<i>lithium carbonate er</i>	82	<i>meclizine hydrochloride</i>	107
<b>LIVTENCITY</b>	31	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	97, 105
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	97	<i>mefloquine</i>	26
<i>loestrin 1/20-21</i>	97	<i>megestrol acetate</i>	39, 105
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	97	<b>MEKINIST</b>	45
<i>loestrin fe 1/20</i>	97	<b>MEKTOVI</b>	45
<i>lojaimies</i>	97	<i>meloxicam</i>	17
<b>LOKELMA</b>	92	<i>memantine hcl</i>	62
<b>LONSURF</b>	38	<i>memantine hydrochloride</i>	62
<i>loperamide</i>	110	<i>memantine hydrochloride er</i>	62
<i>lopinavir/ritonavir</i>	29	<b>MENACTRA</b>	122
<i>lorazepam</i>	62	<b>MENQUADFL</b>	122
<i>lorazepam intensol</i>	62	<b>MENVEO</b>	122
<b>LORBRENA</b>	45	<i>mercaptopurine</i>	38
<i>loryna</i>	97	<i>meropenem</i>	22
<i>losartan potassium</i>	52		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>mesalamine</i> .....	109	<i>mimvey</i> .....	102
<i>mesalamine dr</i> .....	109	<i>minocycline</i> .....	37
<i>mesna</i> .....	49	<i>minocycline hcl</i> .....	37
MESNEX TABLETA.....	50	<i>minocycline hydrochloride</i> .....	37
<i>metformin hydrochloride</i> .....	89	<i>minoxidil</i> .....	60
<i>metformin hydrochloride er</i> .....	89	<i>mirtazapine</i> .....	65
<i>methadone hcl</i> .....	18	<i>mirtazapine tabs. bucodispersables</i> .....	65
METHADONE HCL .....	18	<i>misoprostol</i> .....	111
<i>methazolamide</i> .....	59	M-M-R II .....	122
<i>methenamine hippurate</i> .....	22	M-NATAL PLUS .....	126
<i>methenamine mandelate</i> .....	23	<i>modafinil</i> .....	84
<i>methergine</i> .....	104	<i>moexipril</i> .....	50
<i>methimazole</i> .....	106	<i>molindone hydrochloride</i> .....	70
<i>methotrexate sodium</i> .....	38, 119	<i>mometasone furoate</i> .....	137, 142
<i>methoxsalen</i> .....	140	<i>monodoxyne nl</i> .....	37
<i>methscopolamine bromide</i> .....	108	<i>mono-linyah</i> .....	97
<i>methsuximide</i> .....	76	<i>montelukast sodium</i> .....	135
<i>methylergonovine maleate</i> .....	104	<i>morphine</i> .....	20
<i>methylphenidate hydrochloride</i> .....	80	<i>morphine sulfate</i> .....	20
<i>methylphenidate hydrochloride cd</i> .....	80	<i>morphine sulfate er</i> .....	18, 19
<i>methylphenidate hydrochloride er</i> .....	80	MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE .....	19
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER .....	80	MOUNJARO .....	89
<i>methylprednisolone</i> .....	102	MOVANTIK .....	111
<i>methylprednisolone acetate</i> .....	102	<i>moxifloxacin hydrochloride</i> .....	35, 129
<i>methylprednisolone sodium succinate</i> .....	102	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i> .....	35
<i>methyltestosterone</i> .....	85	MRESVIA .....	122
<i>metoclopramide</i> .....	107	MULTAQ .....	53
<i>metoclopramide hydrochloride</i> .....	107	<i>multivitamin</i> .....	126
<i>metoclopramide tabs. bucodispersables</i> .....	107	<i>multi-vitamin/fluoride</i> .....	126
<i>metolazone</i> .....	59	<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i> .....	126
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i> .....	55	<i>mupirocin</i> .....	139
<i>metoprolol succinate er</i> .....	56	<i>mycamine</i> .....	25
<i>metoprolol tartrate</i> .....	56	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	120
<i>metronidazole</i> .....	23, 113, 144	<i>mycophenolic acid dr</i> .....	120
<i>metyrosine</i> .....	60	MYRBETRIQ .....	112, 113
<i>mibelas 24 fe</i> .....	97	 <b>N</b>	
<i>micafungin</i> .....	25	<i>nabumetone</i> .....	17
<i>miconazole 3</i> .....	113	<i>nadolol</i> .....	56
MICROGESTIN 1.5/30 .....	97	<i>nafcillin sodium</i> .....	36
MICROGESTIN 1/20 .....	97	<i>naftifine</i> .....	140
MICROGESTIN FE 1.5/30 .....	97	<i>naloxone hcl</i> .....	84
MICROGESTIN FE 1/20 .....	97	<i>naloxone hydrochloride</i> .....	84, 85
<i>midodrine</i> .....	60	<i>naltrexone</i> .....	85
MIEBO .....	132	NAMZARIC .....	62
<i>mifepristone</i> .....	105	<i>naproxen</i> .....	18
<i>miglitol</i> .....	89	<i>naproxen dr</i> .....	18
<i>mili</i> .....	97		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>naproxen sodium</i> .....	18	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i> .....	98
<i>naratriptan hcl</i> .....	81	<i>norethindrone</i> .....	98
NATACYN .....	129	<i>norethindrone acetate</i> .....	105
<i>nateglinide</i> .....	89	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i> .....	98, 102
NAYZILAM .....	76	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> .....	98
<i>nebivolol hydrochloride</i> .....	56	<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> .....	98
necon 0.5/35-28 .....	98	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i> .....	98
<i>nefazodone hydrochloride</i> .....	65	NORITATE .....	144
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i> .....	129	<i>norlyda</i> .....	98
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i> .....	128	<i>norlyroc</i> .....	98
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i> .....	128	NORPACE CR .....	53
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i> .....	129	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	98
<i>neomycin/polymyxin/hc</i> .....	133	<i>nortrel 1/35</i> .....	98
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i> .....	128, 133	<i>nortrel 7/7/7</i> .....	98
<i>neomycin sulfate</i> .....	23	<i>nortriptyline hcl</i> .....	65
NEONATAL PLUS .....	126	<i>nortriptyline hydrochloride</i> .....	65
<i>neo-polycin</i> .....	128, 129	NORVIR .....	27
<i>neo-polycin hc</i> .....	128	NOVOLIN 70/30 .....	86
NERLYNX .....	45	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN .....	86
<i>nevirapine</i> .....	27	NOVOLIN N .....	87
<i>nevirapine er</i> .....	27	NOVOLIN N FLEXPEN .....	87
NEXLETOL .....	55	NOVOLIN R .....	87
NEXLIZET .....	55	NOVOLIN R FLEXPEN .....	87
NEXPLANON .....	98	NOVOLOG .....	87
<i>niacin</i> .....	55	NOVOLOG MIX 70/30 .....	87
<i>niacin er</i> .....	55	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN .....	87
<i>niacor</i> .....	55	NUBEQA .....	39
<i>nicardipine hcl</i> .....	57	NUEDEXTA .....	82
NICOTROL INHALADOR .....	85	NULOJIX .....	121
NICOTROL NS .....	85	NUPLAZID .....	70
<i>nifedipine er</i> .....	57	NURTEC .....	81
<i>nikki</i> .....	98	NUTRILIPID .....	127
<i>nilutamide</i> .....	39	NUZYRA .....	37
NINLARO .....	45	<i>nyamyc</i> .....	140
<i>nisoldipine</i> .....	57	<i>nylia 1/35</i> .....	98
<i>nitazoxanide</i> .....	23	<i>nylia 7/7/7</i> .....	98
<i>nitisinone</i> .....	105	<i>nystatin</i> .....	25, 140, 146
NITRO-BID .....	60	<i>nystop</i> .....	140
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i> .....	23	<b>O</b>	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys</i> .....	23	OCELLA .....	98
<i>nitroglycerin</i> .....	61, 144	OCTAGAM .....	120
NITROGLYCERIN .....	60	<i>octreotide acetate</i> .....	105
<i>nitroglycerin transdermal</i> .....	60	ODEFSEY .....	29
<i>nitroglycerin translingual</i> .....	60	ODOMZO .....	45
NIVA-PLUS .....	126	OFEV .....	136
<i>nizatidine</i> .....	109		
NORA-BE .....	98		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ofloxacin</i> .....	129, 133	<i>paroxetine hcl er</i> .....	65
OGSIVEO .....	45	<i>paroxetine hydrochloride</i> .....	65
OJEMDA .....	45	PAXLOVIA.....	31
OJJAARA .....	46	PAXLOVID .....	31
<i>olanzapine</i> .....	70	<i>pazopanib hydrochloride</i> .....	46
<i>olanzapine tabs. bucodispersables</i> .....	70	PEDIARIX.....	122
<i>olmesartan medoxomil</i> .....	52	PEDVAX HIB .....	122
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i> .....	52	<i>peg-3350/electrolitos</i> .....	110
<i>olopatadine hcl</i> .....	134	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i> .....	110
<i>omega-3-acid ethyl esters</i> .....	55	PEGASYS.....	31
<i>omeprazole</i> .....	111	PEMAZYRE .....	46
<i>omeprazole dr</i> .....	111	PENBRAYA.....	122
ONCASPAR.....	40	<i>penicillamine</i> .....	92
<i>ondansetron bucodispersables</i> .....	107	<i>penicillin g potassium</i> .....	36
<i>ondansetron hcl</i> .....	107	PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE .....	36
<i>ondansetron hydrochloride</i> .....	107	<i>penicillin g sodium</i> .....	36
<i>ondansetron tabs. bucodispersables</i> .....	107	<i>penicillin v potassium</i> .....	36
ONUREG .....	38	PENTACEL.....	122
OPSUMIT .....	61	<i>pentamidine isethionate</i> .....	23
<i>oralone pasta dental</i> .....	146	<i>pentoxifylline er</i> .....	115
ORGOVYXX .....	39	<i>perindopril erbumine</i> .....	50
ORKAMBI .....	136	<i>periogard</i> .....	146
ORSERDU .....	39	<i>permethrin</i> .....	145
<i>orsythia</i> .....	98	<i>perphenazine</i> .....	65, 71
<i>oseltamivir phosphate</i> .....	31	<i>perphenazine/amitriptyline</i> .....	65
<i>oxacillin sodium</i> .....	36	<i>phenelzine sulfate</i> .....	65
<i>oxaprozin</i> .....	18	<i>phenobarbital</i> .....	76
<i>oxazepam</i> .....	62	<i>phenobarbital sodium</i> .....	76
<i>oxcarbazepine</i> .....	73, 76	<i>phenytek</i> .....	76
<i>oxybutynin chloride</i> .....	113	<i>phenytoin</i> .....	76
<i>oxybutynin chloride er</i> .....	113	<i>phenytoin sodium</i> .....	76
<i>oxycodone/acetaminophen</i> .....	20	<i>phenytoin sodium er</i> .....	76
<i>oxycodone hcl</i> .....	20	<i>philith</i> .....	99
<i>oxycodone hydrochloride</i> .....	20	PHOSPHOLINE IODIDE .....	131
OZEMPIC .....	89	PIFELTRO .....	27
<b>P</b>		<i>pilocarpine</i> .....	131, 146
<i>pacerone</i> .....	53	<i>pilocarpine hcl</i> .....	131
<i>paliperidone er</i> .....	70, 71	<i>pimecrolimus</i> .....	144
<i>pamidronate disodium</i> .....	91	<i>pimozide</i> .....	71
PAMIDRONATE DISODIUM .....	91	<i>pimtrea</i> .....	99
PANRETIN .....	144	<i>pindolol</i> .....	56
<i>pantoprazole sodium</i> .....	111, 112	<i>pioglitazone hcl</i> .....	89
<i>paricalcitol</i> .....	106	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> .....	89
<i>paroxetine hcl</i> .....	65	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> .....	89
		<i>pioglitazone hydrochloride</i> .....	89
		<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i> .....	36

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PIQRAY .....	46	<i>primaquine phosphate</i> .....	26
<i>pirfenidone</i> .....	136	<i>primidone</i> .....	77
<i>piroxicam</i> .....	18	PRIORIX .....	122
<i>plenamine</i> .....	127	PRIVIGEN .....	120
PLENVU .....	110	<i>probenecid</i> .....	16
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN .....	126	<i>probenecid/colchicine</i> .....	16
<i>podofilox</i> .....	144	<i>prochlorperazine</i> .....	108
<i>polycin</i> .....	129	<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	108
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i> .....	129	<i>prochlorperazine maleate</i> .....	108
POMALYST .....	40	PROCRT .....	115
<i>portia-28</i> .....	99	<i>proctocort</i> .....	144
<i>posaconazole</i> .....	25	<i>procto-med hc</i> .....	144
<i>posaconazole dr</i> .....	25	<i>proctosol hc</i> .....	142
<i>potassium</i> .....	126	<i>proctozone-hc</i> .....	144
POTASSIUM .....	125	<i>progesterone</i> .....	105
<i>potassium chloride</i> .....	125, 126	PROGRAF PAQUETE .....	121
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE .....	125	PROLASTIN-C .....	136
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE .....	125	PROLENSA .....	130
<i>potassium chloride/sodium chloride</i> .....	125	PROLIA .....	91
POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE .....	125	<i>promethazine hcl</i> .....	108
<i>potassium citrate er</i> .....	112	<i>promethazine hydrochloride</i> .....	108
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	67	<i>promethazine hydrochloride plain</i> .....	108
<i>prasugrel</i> .....	116	<i>promethegan</i> .....	108
<i>pravastatin sodium</i> .....	54	<i>propafenone hcl</i> .....	53
<i>praziquantel</i> .....	23	<i>propafenone hydrochloride</i> .....	53
<i>prazosin hydrochloride</i> .....	51	<i>propafenone hydrochloride er</i> .....	53
<i>prednisolone</i> .....	103	<i>proparacaine hcl</i> .....	132
<i>prednisolone acetate</i> .....	130	<i>propranolol hcl</i> .....	56
<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	103	<i>propranolol hydrochloride</i> .....	56
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE .....	130	<i>propranolol hydrochloride er</i> .....	56
<i>prednisone</i> .....	103	<i>propylthiouracil</i> .....	106
PREDNISONE INTENSOL .....	103	PROQUAD .....	122
<i>pregabalin</i> .....	76, 77	PROSOL .....	128
<i>pregabalin er</i> .....	82	<i>protriptyline hcl</i> .....	65
PREMARIN .....	102	PULMOZYME .....	136
PREMASOL .....	128	PURIXAN .....	38
PREMPRO .....	102	PYCHIVA .....	118
PRENATAL .....	126	<i>pyrazinamide</i> .....	30
PRENATAL PLUS .....	126	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	82
PRETOMANID .....	30	<i>pyridostigmine bromide er</i> .....	83
<i>prevalite</i> .....	55	<i>pyrimethamine</i> .....	23
<i>prevident</i> .....	146	PYZCHIVA .....	118
PREVYMIS .....	31	<b>Q</b>	
PREZCOBIX .....	29	QINLOCK .....	46
PREZISTA .....	27	QUADRACEL .....	123
PRIFTIN .....	30	<i>quetiapine fumarate</i> .....	71

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>quetiapine fumarate er</i>	71	<i>rivastigmine tartrate</i>	62
<i>quinapril hydrochloride</i>	50	RIVELSA	99
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	50	<i>rizatriptan benzoate</i>	81
<i>quinidine sulfate</i>	53	<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i>	81
<i>quinine sulfate</i>	26	ROCKLATAN	132
QULIPTA	81	<i>roflumilast</i>	136
<b>R</b>		<i>romidepsin</i>	46
RABAVERT	123	ROMVIMZA	46
<i>rabeprazole sodium</i>	112	<i>ropinirole er</i>	67
RALDESY	65	<i>ropinirole hcl</i>	67
<i>raloxifene hydrochloride</i>	105	<i>ropinirole hydrochloride</i>	67
<i>ramipril</i>	51	<i>rosuvastatin calcium</i>	54
<i>ranolazine er</i>	60	ROTARIX	123
<i>rasagiline mesylate</i>	67	ROTATEQ	123
<i>reclipsen</i>	99	roweepra	77
RECOMBIVAX HB	123	ROZLYTREK	46
RECTIV	144	RUBRACA	47
REGRANEX	145	<i>rufinamide</i>	77
RELENZA DISKHALER	31	RUKOBIA	27
<i>repaglinide</i>	89	RYBELSUS	89
REPATHA	55	RYDAPT	47
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	55	<b>S</b>	
REPATHA SURECLICK	55	<i>sajazir</i>	115
RESTASIS	132	SANDIMMUNE	121
RESTASIS MULTIDOSE	132	SANTYL	145
RETEVMO	46	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	105
REVUFORJ	46	SCEMBLIX	47
REXULTI	71	<i>scopolamine</i>	108
REYATAZ	27	SECUADO	72
REZLIDHIA	46	<i>selegiline hcl</i>	67
REZUROCK	121	<i>selenium sulfide</i>	140
RHOPRESSA	131	SELZENTRY	28
<i>ribavirin</i>	31	SEREVENT DISKUS	135
<i>rifabutin</i>	30	<i>sertraline hcl</i>	65
<i>rifampin</i>	30	<i>sertraline hydrochloride</i>	65
<i>riluzole</i>	83	<i>setlakin</i>	99
<i>rimantadine hydrochloride</i>	31	<i>sf 146</i>	
RINGERS	125	<i>sharobel</i>	99
RINVOQ	118	SHINGRIX	123
<i>risedronate sodium</i>	91	SIGNIFOR	105
<i>risedronate sodium dr</i>	91	SIKLOS	116
<i>risperidone</i>	71, 72	<i>sildenafil</i>	61
<i>risperidone er</i>	71	<i>sildenafil citrate</i>	61
<i>risperidone tabs. bucodispersables</i>	71	<i>silodosin</i>	112
<i>ritonavir</i>	27	<i>silver sulfadiazine</i>	139
<i>rivastigmine sistema transdérmico</i>	63	SIMBRINZA	132

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>simliya</i>	99	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	
<i>simpesse</i>	99	128	
<i>simvastatin</i>	54	<i>sulfadiazine</i>	23
<i>sirolimus</i>	121	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	23
<i>SIRTURO</i>	30	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	23
<i>SIVEXTRO</i>	23	<i>SULFAMYLON</i>	139
<i>SKYRIZI</i>	118	<i>sulfasalazine</i>	109
<i>SKYRIZI PEN</i>	118	<i>sulindac</i>	18
<i>SODIUM</i>	110	<i>sumatriptan</i>	81
<i>SODIUM BICARBONATE</i>	125	<i>sumatriptan succinate</i>	81, 82
<i>sodium chloride</i>	125	<i>sumatriptan succinate resurtido</i>	81
<i>SODIUM CHLORIDE</i>	125	<i>sunitinib malate</i>	47
<i>sodium chloride 0.9 % soln. para irrigación</i>	145	<i>SUNLENCA</i>	28
<i>sodium fluoride</i>	126, 127, 146	<i>SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL</i>	110
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	146	<i>SUTAB</i>	110
<i>SODIUM OXYBATE</i>	84	<i>syeda</i>	99
<i>sodium phenylbutyrate</i>	105	<i>SYMLINPEN 60</i>	90
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	92	<i>SYMLINPEN 120</i>	90
<i>solifenacin succinate</i>	113	<i>SYMPAZAN</i>	77
<i>SOLIQUA 100/33</i>	87	<i>SYMTUZA</i>	29
<i>SOLTAMOX</i>	39	<i>SYNAREL</i>	105
<i>SOLU-CORTEF</i>	103	<i>SYNJARDY</i>	90
<i>SOMATULINE DEPOT</i>	105	<i>SYNJARDY XR</i>	90
<i>SOMAVERT</i>	105	<i>SYNTHROID</i>	106
<i>sorafenib tosylate</i>	47		
<i>sorine</i>	53		
<i>sotalol</i>	53	<b>T</b>	
<i>sotalol hcl</i>	53	<i>TABLOID</i>	38
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	53	<i>TABRECTA</i>	47
<i>SOTYKTU</i>	118	<i>tacrolimus</i>	121, 144
<i>spironolactone</i>	51	<i>tadalafil</i>	61, 112
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	59	<i>TAFINLAR</i>	47
<i>sprintec 28</i>	99	<i>TAGRISSO</i>	47
<i>SPRITAM</i>	77	<i>TALZENNA</i>	47
<i>SPRYCEL</i>	47	<i>tamoxifen citrate</i>	39
<i>sps</i>	92	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	112
<i>sronyx</i>	99	<i>tarina 24 fe</i>	99
<i>SSD</i>	139	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	99
<i>STELARA</i>	118	<i>TASIGNA</i>	47
<i>STIVARGA</i>	47	<i>tasimelteon</i>	81
<i>streptomycin sulfate</i>	23	<i>TAVNEOS</i>	116
<i>STRIBILD</i>	29	<i>tazarotene</i>	140
<i>subvenite</i>	77	<i>tazicef</i>	34
<i>subvenite kit inicial</i>	77	<i>TAZORAC</i>	140
<i>sucralfate</i>	111	<i>TAZVERIK</i>	47
<i>SUCRALFATE</i>	111	<i>TECVAYLI</i>	47
<i>sulfacetamide sodium</i>	129, 138	<i>TEFLARO</i>	34
		<i>telmisartan</i>	52

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>telmisartan/amlodipine</i>	52	<i>toremifene citrate</i>	39
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	52	<i>torpenz</i>	48
<i>temazepam</i>	81	<i>torsemide</i>	59
TENIVAC	123	TOUJEON MAX SOLOSTAR	87
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	28	TOUJEON SOLOSTAR	87
TEPMETKO	48	TPN ELECTROLITOS	125
<i>terazosin hcl</i>	51	TRADJENTA	90
<i>terazosin hydrochloride</i>	51	<i>tramadol hcl er</i>	19
<i>terbinafine hcl</i>	25	<i>tramadol hydrochloride</i>	21
<i>terbutaline sulfate</i>	135	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	21
<i>terconazole</i>	113	<i>tramadol hydrochloride er</i>	19
<i>teriflunomide</i>	83	<i>trandolapril</i>	50, 51
TERIPARATIDE	91	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	50
<i>testosterone</i>	85	<i>tranexamic</i>	116
<i>testosterone cypionate</i>	85	<i>tranexamic acid</i>	116
<i>testosterone enanthate</i>	85	<i>tranylcypromine sulfate</i>	66
<i>testosterone pump</i>	85	TRAVASOL	128
<i>tetrabenazine</i>	83	<i>travoprost</i>	132
<i>tetracycline hydrochloride</i>	37	<i>trazodone hydrochloride</i>	66
THALOMID	40	TRECATOR	30
<i>theophylline</i>	136	TRELEGY ELLIPTA	133
<i>theophylline er</i>	136	TREMFYA	118, 119
<i>thioridazine</i>	72	TRESIBA	87
<i>thiothixene</i>	72	TRESIBA FLEXTOUCH	87
<i>tiadylt er</i>	57	<i>tretinoin</i>	40, 138
<i>tiagabine hydrochloride</i>	77	<i>triamcinolone acetonide</i>	103, 142, 143
TIBSOVO	48	<i>triamcinolone acetonide pasta dental</i>	146
<i>ticagrelor</i>	116	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	59
TICOVAC	123	<i>triazolam</i>	81
<i>tigecycline</i>	37	<i>tridacaine</i>	143
TILIA FE	99	<i>tridacaine ii</i>	143
<i>timolol maleate</i>	56, 132	<i>trientine hydrochloride</i>	92
TIMOLOL MALEATE	132	<i>tri-estarrylla</i>	99
<i>tinidazole</i>	24	<i>tri-femynor</i>	99
TIVICAY	28	<i>trifluoperazine hcl</i>	72
TIVICAY PD	28	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	72
<i>tizanidine hcl</i>	84	<i>trifluridine</i>	129
<i>tizanidine hydrochloride</i>	84	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	67
TOBI PODHALER	24	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	67
TOBRADEX	128	TRIJARDY XR	90
<i>tobramycin</i>	24, 129	TRIKAFTA	136
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	128	<i>tri-legest fe</i>	99
<i>tobramycin sulfate</i>	24	<i>tri-linyah</i>	99
<i>tolterodine tartrate</i>	113	<i>tri-lo-estarrylla</i>	99
<i>tolterodine tartrate er</i>	113	<i>tri-lo-marzia</i>	100
<i>topiramate</i>	77, 78	<i>tri-lo-mili</i>	100
<i>topiramate er</i>	77	<i>tri-lo-sprintec</i>	100

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	108	<i>vancomycin hcl</i>	24
<i>trimethoprim</i>	24	VANCOMYCIN HCL	24
<i>tri-mili</i>	100	<i>vancomycin hydrochloride</i>	24
<i>trimipramine maleate</i>	66	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	24
TRINTELLIX	66	VANFLYTA	48
<i>tri-nymyo</i>	100	VAQTA	123
<i>tri-sprintec</i>	100	<i>varenicline</i>	85
TRIUMEQ	29	<i>varenicline tartrate</i>	85
TRIUMEQ PD	29	VARIVAX	123
<i>tri-vite/fluoride</i>	127	VASCEPA	55
<i>trivora-28</i>	100	VAXCHORA	123
<i>tri-vylibra</i>	100	<i>velivet</i>	100
<i>tri-vylibra lo</i>	100	VELSIPITY	119
TROGARZO	28	VENCLEXTA	48
TROPHAMINE	128	VENCLEXTA PAQUETE INICIAL	48
<i>trospium chloride</i>	113	VENLAFAXINE BESYLATE ER	66
<i>trospium chloride er</i>	113	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	66
TRULICITY	90	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	66
TRUMENBA	123	VENTOLIN HFA	135
TRUQAP	48	VEOZAH	105
TRUXIMA	48	<i>verapamil hcl</i>	57, 58
TUKYSA	48	<i>verapamil hcl er</i>	58
TURALIO	48	<i>verapamil hcl sr</i>	58
<i>turqoz</i>	100	VERAPAMIL HCL SR	58
TWINRIX	123	<i>verapamil hydrochloride</i>	58
TYBOST	28	<i>verapamil hydrochloride er</i>	58
<i>tydemy</i>	100	VERQUVO	60
TYENNE	119	VERSACLOZ	72
TYPHIM VI	123	VERZENIO	48
<b>U</b>		<i>vestura</i>	100
UBRELVY	82	VICTOZA	90
<i>unithroid</i>	106	<i>vienna</i>	100
<i>ursodiol</i>	111	<i>vigabatrin</i>	78
<b>V</b>		<i>vigadron</i>	78
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	32	VIGAFYDE	78
VALCHLOR	144	<i>vigpoder</i>	78
<i>valganciclovir</i>	32	<i>vilazodone hydrochloride</i>	66
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	32	VIMKUNY	123
<i>valproate sodium</i>	78	<i>viorele</i>	100
<i>valproic acid</i>	78	VIRACEPT	28
<i>valsartan</i>	52	VIREAD	28
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	52	<i>vitamins a/c/d/fluoride</i>	127
VALTOCO	78	VITRAKVI	48
<i>valtya</i>	100	VIVITROL	85
VANCOMYCIN	24	VIVOTIF	123
		VIZIMPRO	48
		<i>volnea</i>	100

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
VONJO .....	48	Z	
VORANIGO .....	48, 49	<i>zafemy</i> .....	101
<i>voriconazole</i> .....	25	<i>zafirlukast</i> .....	135
VOSEVI .....	32	<i>zaleplon</i> .....	81
VOWST .....	111	ZARXIO .....	115
VRAYLAR .....	72	ZEGALOGUE .....	103
<i>vyfemla</i> .....	100	ZEJULA .....	49
<i>vylibra</i> .....	100	ZELBORAF .....	49
VYZULTA .....	132	<i>zenatane</i> .....	138
<b>W</b>			
<i>warfarin sodium</i> .....	114	ZENPEP .....	111
WELIREG .....	40	<i>zenzedi</i> .....	80
<i>wera</i> .....	100	ZERVIATE .....	131
WESTAB PLUS .....	127	<i>zidovudine</i> .....	28
<i>wixela inhub</i> .....	137	<i>ziprasidone hcl</i> .....	72
<i>wymzyafe</i> .....	101	<i>ziprasidone mesylate</i> .....	72
<b>X</b>			
XALKORI .....	49	ZIRABEV .....	49
<i>xarah</i> .....	101	ZIRGAN .....	129
XARELTO .....	115	<i>zoledronic acid</i> .....	91
XARELTO PAQ. INICIAL .....	114	ZOLEDRONIC ACID .....	91
XATMEP .....	119	ZOLINZA .....	49
XCOPRI .....	78	<i>zolpidem tartrate</i> .....	81
XDEMVY .....	129	ZONISADE .....	78
XELJANZ .....	119	<i>zonisamida</i> .....	78
XELJANZ XR .....	119	<i>zonisamide</i> .....	78
<i>xelria</i> .....	101	<i>zovia 1/35</i> .....	101
XERMELO .....	111	ZTALMY .....	79
XGEVA .....	91	<i>zumandimine</i> .....	101
XHANCE .....	137	ZURZUVAE .....	66
XIFAXAN .....	111	ZYCLARA .....	144
XIGDUO XR .....	90	ZYDELIG .....	49
XXIDRA .....	132	ZYKADIA .....	49
XOLAIR .....	136	ZYLET .....	128
XOSPATA .....	49	ZYPREXA RELPREVV .....	72
XPOVIO .....	49		
XTANDI .....	39		
<i>xulane</i> .....	101		
XULTOPHY .....	87		
<b>Y</b>			
YESINTEK .....	119		
YF-VAX .....	123		
<i>yuvafem</i> .....	102		

## 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934。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1-844-362-0934。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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934 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 1-844-362-0934. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-362-0934번으로 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 दुर्भाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुर्भाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-362-0934 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 1-844-362-0934. Un nostro incaricato che parla Italiano 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康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ございます。通訳をご用命になるには、1-844-362-0934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 1-844-362-0934. 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, comuníquese con El Departamento de Servicios para Miembros de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** o para los usuarios de TTY: **711**, de 08: 00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana o visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](http://AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary).

**Contrato/PBP:** H6399-001



[AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](http://AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary)