

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

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

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

Esta *lista de medicamentos* se actualizó el 05/01/2026. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-463-0933** y los **usuarios de TTY deben llamar al: 711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, o visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)



Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también se conoce como *Lista de medicamentos*). Le indica qué medicamentos y productos y medicamentos de venta libre (OTC) están cubiertos por nuestro plan. La *Lista de medicamentos* también indica si hay alguna norma o restricción especial respecto de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Descargos de responsabilidad	3
B. Preguntas frecuentes	6
B1. ¿Qué medicamentos están en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviarla, denominamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> “ <i>Lista de medicamentos</i> ”).	6
B2. ¿Se modifica la <i>Lista de medicamentos</i> en algún momento?	6
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	7
B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?	8
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?	9
B6. ¿Qué sucede si el plan modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado)	9
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	9
B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	10
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo del plan y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> , o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?	10
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	11
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	11
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	11
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	11
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	12
B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	12
B16. ¿Cubre nuestro plan productos de venta libre que no son medicamentos?	12
B17. ¿Cubre nuestro plan suministros de medicamentos con receta a largo plazo?	12

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



B18. ¿Puedo recibir medicamentos con receta en mi casa desde mi farmacia local?	12
B19. ¿Cuál es mi copago?.....	13
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	14
C1. Lista de medicamentos por afección médica.....	15
D. Índice de medicamentos cubiertos	239



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

A. Descargos de responsabilidad

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

- ❖ Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad completamente integrado con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Virginia. La inscripción en Aetna Medicare Better Health depende de la renovación del contrato.
- ❖ Aetna Medicare es un plan HMO, PPO con un contrato de Medicare. Nuestros Planes de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) también tienen contratos con los programas estatales de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- ❖ Aetna Medicare 是一項簽有 Medicare 合約的 PDP、HMO、PPO 計劃。我們的特殊需求計劃 (SNP) 也與州的 Medicaid 計劃簽有合約。能否參保我們的計劃視合約續簽情況而定。
- ❖ Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada de nuestro plan en línea en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary) o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**. Esta llamada es gratuita.
- ❖ **Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**. Esta llamada es gratuita.**
- ❖ Para realizar o cambiar una solicitud permanente para recibir este documento, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en otro formato, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.
- ❖ Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al **1-855-463-0933**. Este es un servicio gratuito.
- ❖ Este documento está disponible sin cargo en español, árabe y vietnamita.
- ❖ Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Los proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios.
- ❖ Debido a la legislación de Arkansas, a partir del 1 de enero de 2026, es posible que no pueda utilizar los siguientes servicios dentro del estado de Arkansas: Farmacias minoristas de CVS, servicio de farmacia por correo de CVS Caremark, CVS Specialty y farmacias a largo plazo de OMNI Care.
- ❖ Si habla otro idioma que no sea inglés, tiene a disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento. (Inglés)
- ❖ Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento. (Español)

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



- ❖ 如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。(Chino tradicional)
- ❖ Kung hindi Ingles ang wikang inyong sinasalita, may maaari kayong kuning mga librengrang serbisyo ng tulong sa wika. Bisitahin ang aming website o tawagan ang numero ng telepono na nakalista sa dokumentong ito. (Tagalo)
- ❖ Si vous parlez une autre langue que l'anglais, des services d'assistance linguistique gratuits vous sont proposés. Visitez notre site Internet ou appelez le numéro indiqué dans ce document. (Francés)
- ❖ Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác với Tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Xin vào trang mạng của chúng tôi hoặc gọi số điện thoại ghi trong tài liệu này. (Vietnamita)
- ❖ Wenn Sie eine andere Sprache als Englisch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Besuchen Sie unsere Website oder rufen Sie die Telefonnummer in diesem Dokument an. (Alemán)
- ❖ 영어가 아닌 언어를 쓰시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 저희 웹사이트를 방문하시거나 본 문서에 기재된 전화번호로 연락해 주십시오. (Coreano)
- ❖ Если вы не владеете английским и говорите на другом языке, вам могут предоставить бесплатную языковую помощь. Посетите наш веб-сайт или позвоните по номеру, указанному в данном документе. (Ruso)
- ❖ إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة. تفضل بزيارة موقعنا على الويب أو اتصل برقم الهاتف المدرج في هذا المستند. (Árabe)
- ❖ अगर आप अंग्रेजी के अलावा कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। हमारी वेबसाइट पर जाएं या इस दस्तावेज़ में दिए गए फोन नंबर पर कॉल करें। (Hindi)
- ❖ Nel caso Lei parlasse una lingua diversa dall'inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Visiti il nostro sito web oppure chiami il numero di telefono elencato in questo documento. (Italiano)
- ❖ Caso você seja falante de um idioma diferente do inglês, serviços gratuitos de assistência a idiomas estão disponíveis. Acesse nosso site ou ligue para o número de telefone presente neste documento. (Portugués)
- ❖ Si ou pale yon lòt lang ki pa Anglè, wap jwenn sèvis asistans pou lang gratis ki disponib. Vizite sitwèb nou an oswa rele nan nimewo telefòn ki make nan dokiman sa a. (Criollo haitiano)
- ❖ 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はアクセスするか、または本書に記載の電話番号にお問い合わせください。(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)
- ❖ ከእንግሊዝኛ ሌላ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ ነጻ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ማግኘት ይቻላል። የእኛን ድረ-ገጽ ይጎብኙ ወይም በዚህ ስነ-ልቦናዊ የተዘረዘረውን ስልክ ቁጥር በመጠቀም ይደውሉ። (Amárico)
- ❖ Եթե խոսում եք անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով, ապա Ձեզ համար հասանելի են լեզվական աջակցման անվճար ծառայություններ: Այցելեք մեր վեբ կայքը կամ զանգահարեք այս փաստաթղթում նշված հեռախոսահամարով: (Armenio)
- ❖ যদি আপনি ইংরেজী ব্যতীত অন্য কোনো ভাষায় কথা বলেন তাহলে বিনামূল্যের দোভাষীর পরিষেবা উপলব্ধ আছে। আমাদের ওয়েবসাইট দেখুন এবং এই নথিতে তালিকাভুক্ত ফোন নম্বরে ফোন করুন। (Bengali)



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

B. Preguntas frecuentes

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

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

Los medicamentos en la *Lista de medicamentos* que comienza en la **Sección C1** son los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Los medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia se encuentra dentro de nuestra red si tenemos un contrato para que trabaje con nosotros y le proporcione servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

- Aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficaz que el medicamento que actualmente figura en la *Lista de medicamentos*, **o bien**
- Nos enteremos de que un medicamento no es seguro, **o bien**
- Un medicamento se elimina del mercado.

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

- Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos* actualizada del plan en línea en **[AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/membership/virginia-hmosnp/formulary)**. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (TTY: **711**) para consultar la *Lista de medicamentos* actual.

B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la *Lista de medicamentos*?

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

- **Sustituciones de ciertas versiones nuevas de medicamentos.** Podemos quitar inmediatamente los medicamentos de la *Lista de medicamentos* si los reemplazamos con determinadas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del nuevo medicamento puede aparecer en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo con las mismas o menos restricciones. Cuando agreguemos la nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura.
 - Es probable que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que entre en efecto.
 - Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
 - Es una nueva versión genérica de un medicamento de marca.
 - Es una nueva versión biosimilar de un producto biológico original en la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que pueda sustituir a un producto biológico original sin una nueva receta).
 - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la Sección B14.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.
- **Retiro de los medicamentos peligrosos y otros medicamentos que ya no están en el mercado.** A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, es posible que lo quitemos inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio.

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



- Comuníquese con su médico si se retira un medicamento que está tomando de la *Lista de medicamentos*.

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

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

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

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

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

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

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



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

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando las tablas en la **Sección C1**. También puede obtener más información en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary). Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

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

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

La tabla de la sección titulada “Lista de medicamentos por afección médica/tipo de medicamento” tiene una columna denominada “Acciones, restricciones o límites de uso necesarios”.

B6. ¿Qué sucede si el plan modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado)

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

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

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético. **O bien**
- Puede buscar por afección médica.

Para buscar **por orden alfabético**, busque su medicamento en la sección Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarlo en la Sección D. Busque en el Índice y encuentre 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 **afección médica**, busque la **Sección C1** titulada “Lista de medicamentos por afección médica”. Los medicamentos de esta sección se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Cardiovascular”. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

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



B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de medicamentos*?

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933 (TTY: 711)** y pregunte por él. Si se entera de que nuestro plan no cubrirá el medicamento, puede llevar a cabo una de las siguientes acciones:

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

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

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

Si su receta está indicada para menos días, permitiremos surtidos múltiples hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento.

Cubriremos un suministro para 30 días de su medicamento si sucede lo siguiente:

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

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

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

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta para menos días), sin importar si es o no un miembro nuevo del plan.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días que es miembro de nuestro plan.



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

Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

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

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

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

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Un representante del Departamento de Servicios para Miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarlo a solicitar una excepción. También puede leer el **Capítulo 9, Sección 7.2** de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

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

Si usted o la persona autorizada a dar recetas consideran que su salud puede perjudicarse si debe esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si la persona autorizada a dar recetas apoya su solicitud, le daremos una decisión en las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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



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

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

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

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

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

B16. ¿Cubre nuestro plan productos de venta libre que no son medicamentos?

Nuestro plan cubre algunos productos de venta libre que no son medicamentos cuando su proveedor los receta. Comuníquese con su coordinador de atención, su proveedor o con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Puede leer la *Lista de medicamentos* del plan para averiguar qué productos de venta libre que no son medicamentos están cubiertos. También puede encontrar información sobre los productos de venta libre que no son medicamentos cubiertos en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary) en la *Evidencia de cobertura*.

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

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

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

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



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

B19. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros del plan tienen un copago o coseguro para los medicamentos con receta, siempre y cuando el miembro siga las normas del plan. Para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre y los productos que no sean medicamentos, consulte las preguntas B15 y B16.

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

- Nivel 1: Genérico preferido, \$0.
- Nivel 2: Genérico, \$0.
- Nivel 3: Marca preferida, 22% O Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: \$0, \$1.60 o \$5.10. Para medicamentos de marca: \$0, \$4.90 o \$12.65.
- Nivel 4: Medicamento no preferido, 25% O Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: \$0, \$1.60 o \$5.10. Para medicamentos de marca: \$0, \$4.90 o \$12.65.
- Nivel 5: Especialidad, 25% O Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: \$0, \$1.60 o \$5.10. Para medicamentos de marca: \$0, \$4.90 o \$12.65.

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

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



C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la Sección D. En el Índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan ordenados alfabéticamente.

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

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

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



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

C1. Lista de medicamentos por afección médica

Los medicamentos de esta sección se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en “Cardiovascular”. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se mencionan en minúsculas en cursiva (por ejemplo, *levothyroxine*), los medicamentos de marca se escriben en mayúsculas (por ejemplo, SYNTHROID) y los medicamentos de venta libre y los productos no farmacéuticos se enumeran en minúsculas en cursiva con un asterisco en la columna de la derecha (por ejemplo, *aspirin*). La información en la columna "Acciones necesarias, restricciones o límites de uso" le indica si nuestro plan tiene alguna norma para cubrir su medicamento.

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGÉSICOS		
GOTA		
<i>allopurinol tableta 100 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>colchicine tableta 0.6 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>febuxostat tableta 40 mg, 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ST MO
<i>probenecid/colchicine tableta 0.5 mg; 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>probenecid tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
VARIOS		
<i>lidocaine hcl inyección 0.5 %, 1.5 %, 4 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>lidocaine hydrochloride inyección al 1 % pf, 100 mg/5 ml,</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>lidocaine hydrochloride inyección al 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
NSAID (AINE) – ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>celecoxib cápsula 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>celecoxib cápsula 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac potassium tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac sodium dr tableta de liberación retardada 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>diclofenac sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tableta de liberación prolongada 50 mg; 200 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tableta de liberación prolongada 75 mg; 200 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>diflunisal tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tableta de liberación prolongada 24 horas 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>etodolac cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>fenoprofen calcium cápsula 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>fenoprofen calcium tableta 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>flurbiprofen tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ibuprofen suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ibuprofen tableta 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ibu tableta 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ketorolac tromethamine tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (20 EA por 30 días) PA MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>meloxicam tableta 15 g, 7.5 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nabumetone tableta 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>naproxen dr tableta de liberación retardada 375 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>naproxen tableta de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>naproxen sodium tableta 275 mg, 550 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>naproxen suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
<i>naproxen tableta de liberación retardada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>naproxen tableta 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>oxaprozin tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam cápsula 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sulindac tableta 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN RETARDADA		
<i>buprenorphine parche semanal 10 µg/h, 15 µg/h, 20 µg/h, 5 µg/h, 7.5 µg/h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (4 EA por 28 días) PA MO
<i>fentanyl parche 72 horas 100 µg/h, 12 µg/h, 25 µg/h, 37.5 µg/h, 50 µg/h, 62.5 µg/h, 75 µg/h, 87.5 µg/h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate er (Hysingla ER genérico) tableta er 24 horas disuasiva de abuso 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methadone hydrochloride concentrado 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (90 ML por 30 días) PA MO
<i>methadone hydrochloride solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 30 mg, 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 15 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 1 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>tramadol hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol er tableta de liberación prolongada 24 horas 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días); HRM
<i>tramadol hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
ANALGÉSICOS OPIOIDES, ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen/codeine phosphate tableta 300 mg; 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>acetaminophen/codeine solución 120 mg/5 ml; 12 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (2700 ML por 30 días) MO
<i>acetaminophen/codeine tableta 300 mg; 15 mg, 300 mg; 30 mg, 300 mg; 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate inyección 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>butorphanol tartrate solución nasal 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (5 ML por 30 días) MO
CODEINE SULFATE TABLETA 15 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>endocet tableta 325 mg; 10 mg, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solución 300 mg/15 ml; 10 mg/15 ml, 325 mg/15 ml; 10 mg/15 ml, 325 mg/15 ml; 7.5 mg/15 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (2700 ML por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tableta 325 mg; 2.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/acetaminophen tableta 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/ibuprofen tableta 10 mg; 200 mg, 5 mg; 200 mg, 7.5 mg; 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl líquido 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (600 ml por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl tableta 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 0.25 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
MORPHINE SULFATE INYECCIÓN 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 50 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>morphine sulfate inyección 0.5 mg/ml, 2 mg/ml jeringa precargada intravenosa, 10 mg/ml ampolla intravenosa, 4 mg/ml ampolla intravenosa, 8 mg/ml ampolla intravenosa</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>morphine sulfate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>morphine sulfate solución oral 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate solución oral 100 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hcl cápsula 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride cápsula 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride concentrado 100 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (900 ML por 30 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxycodone hydrochloride tableta 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone/acetaminophen tableta 325 mg; 10 mg, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen tableta 325 mg; 37.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM

ANTIINFECCIOSOS**ANTIINFECCIOSOS: VARIOS**

<i>albendazole tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>amikacin sulfate inyección 1 g/4 ml, 500 g/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
ARIKAYCE SUSPENSIÓN 590 MG/8.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
<i>atovaquone suspensión 750 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>aztreonam inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
BLUJEPa TABLETA 750 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (20 EA por 5 días)
CAYSTON SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
<i>chloramphenicol sodium succinate inyección 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>clindamycin hcl cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>clindamycin hydrochloride cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solución reconstituida 75 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phosphate/dextrose inyección 300 mg/50 ml; 5 %, 600 mg/50 ml; 5 %, 900 mg/50 ml; 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate inyección 300 mg/2 ml, 900 mg/6 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate inyección 600 mg/4 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 300 MG/50 ML; 0.9 %, 600 MG/50 ML; 0.9 %, 900 MG/50 ML; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>colistimethate sodium inyección 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>dapsone tableta 100 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 1000 MG/100 ML; 0.9 %, 350 MG/50 ML; 0.9 %, 500 MG/50 ML; 0.9 %, 700 MG/100 ML; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>daptomycin inyección 350 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
EMVERM TABLETA MASTICABLE 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (24 EA por 365 días) MO
<i>ertapenem sodium inyección 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>fosfomicin tromethamine paquete 3 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>gentamicin sulfate inyección pediátrica 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride inyección 1.2 mg/ml; 0.9 %, 1 mg/ml; 0.9 %, 2 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride inyección 1.6 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>gentamicin sulfate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>imipenem/cilastatin inyección 250 mg; 250 mg, 500 mg; 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMPAVIDO CÁPSULA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA MO
<i>isotonic gentamicin inyección 0.8 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ivermectin tableta 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (10 EA por 90 días) PA MO
<i>ivermectin tableta 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (12 EA por 90 días) PA MO
LINEZOLID INYECCIÓN 600 MG/300 ML; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>linezolid inyección 600 mg/300 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>linezolid suspensión reconstituida 100 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>linezolid tableta 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (56 EA por 28 días) MO
<i>meropenem inyección 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>meropenem inyección 1 g, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>methenamine hippurate tableta 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>methenamine mandelate tableta 0.5 g, 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>metronidazole cápsula 375 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>metronidazole inyección 500 mg/100 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>metronidazole tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>neomycin sulfate tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>nitazoxanide tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (6 EA por 30 días) MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>pentamidine isethionate inyección 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>pentamidine isethionate solución de inhalación reconstituida 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>praziquantel tableta 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>pyrimethamine tableta 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
SIVEXTRO INYECCIÓN 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
SIVEXTRO TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>streptomycin sulfate inyección 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>sulfadiazine tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tableta 800 mg; 160 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim inyección 400 mg/5 ml; 80 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspensión 200 mg/5 ml; 40 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tableta 400 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>tinidazole tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
TOBI PODHALER CÁPSULA 28 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (224 EA por 56 días) PA; ACS LD
<i>tobramycin sulfate inyección 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>tobramycin sulfate inyección 1.2 g/30 ml, 80 mg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tobramycin sulfate inyección 1.2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>tobramycin solución de nebulización 300 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (280 ML por 56 días) PA; ACS
<i>trimethoprim tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
TYZAVAN INYECCIÓN 1000 MG/200 ML, 1250 MG/250 ML, 1500 MG/300 ML, 1750 MG/350 ML, 2000 MG/400 ML, 500 MG/100 ML, 750 MG/150 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
VANCOMYCIN HCL INYECCIÓN 0.9 %; 1 G/200 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hcl inyección 100 g, 10 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hydrochloride cápsula 125 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>vancomycin hydrochloride cápsula 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) MO
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 1000 MG/200 ML, 1250 MG/250 ML, 1500 MG/300 ML, 1750 MG/350 ML, 500 MG/100 ML, 750 MG/150 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hydrochloride inyección 1.25 g, 1.5 g, 1.75 g, 1 g, 2 g, 500 g, 5 g, 750 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
VANCOMYCIN INYECCIÓN 0.9 %; 500 MG/100 ML, 0.9 %; 750 MG/150 ML, 2000 MG/400 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
ANTIMICÓTICOS		
ABELCET INYECCIÓN 5 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>amphotericin b liposome inyección 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D MO
<i>amphotericin b inyección 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>caspofungin acetate inyección 50 mg, 70 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CRESEMBA CÁPSULA 74.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (175 EA por 30 días) MO
CRESEMBA CÁPSULA 186 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (70 EA por 30 días) MO
<i>fluconazole in sodium chloride inyección</i> 200 mg/100 ml; 0.9 %, 400 mg/200 ml; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluconazole/sodium chloride inyección</i> 100 mg/50 ml; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluconazole suspensión reconstituida 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>fluconazole tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>flucytosine cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA MO
<i>griseofulvin microsize suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>griseofulvin microsize tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>itraconazole cápsula 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>ketoconazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO
<i>miconazole inyección 100 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
MYCAMINE INYECCIÓN 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nystatin tableta 500000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>posaconazole dr tableta de liberación retardada 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (93 EA por 30 días) PA MO
<i>posaconazole suspensión 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (630 ML por 30 días) PA MO
<i>terbinafine hcl tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 365 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>voriconazole inyección 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>voriconazole suspensión reconstituida 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA MO
<i>voriconazole tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>voriconazole tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (480 EA por 30 días) MO
ANTIPALÚDICOS		
<i>atovaquone/proguanil hcl tableta 62.5 mg; 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tableta 250 mg; 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>chloroquine phosphate tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
COARTEM TABLETA 20 MG; 120 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>mefloquine hydrochloride tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>primaquine phosphate tableta 26.3 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>quinine sulfate cápsula 324 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir solución 20 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>abacavir tableta 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
APTIVUS CÁPSULA 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>atazanavir sulfate cápsula 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>atazanavir cápsula 150 mg, 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>darunavir tableta 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>darunavir tableta 800 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
EDURANT PED TABLETA SOLUBLE 2.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
EDURANT TABLETA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>efavirenz tableta 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>emtricitabine cápsula 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
EMTRIVA SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>etravirine tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>fosamprenavir calcium tableta 700 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
FUZEON INYECCIÓN 90 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO; LD
INTELENCE TABLETA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
ISENTRESS HD TABLETA 600 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
ISENTRESS PAQUETE 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
ISENTRESS TABLETA MASTICABLE 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
ISENTRESS TABLETA MASTICABLE 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
ISENTRESS TABLETA 400 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>lamivudine solución 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>lamivudine tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>maraviroc tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nevirapine er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nevirapine suspensión 50 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nevirapine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
NORVIR PAQUETE 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
PIFELTRO TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
PREZISTA SUSPENSIÓN 100 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (400 ML por 30 días) MO
PREZISTA TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABLETA 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (480 EA por 30 días) MO
REYATAZ PAQUETE 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>rilpivirine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>ritonavir tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
RUKOBIA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 600 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
SELZENTRY SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
SUNLENCA INYECCIÓN 463.5 MG/1.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (3 ML por 180 días) MO; LD
SUNLENCA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO; LD
SUNLENCA TABLETA 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO; LD
<i>tenofovir disoproxil fumarate tableta 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
TIVICAY PD TABLETA SOLUBLE 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TIVICAY TABLETA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
TROGARZO INYECCIÓN 200 MG/1.33 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO; LD
TYBOST TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
VIRACEPT TABLETA 250 MG, 625 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
VIREAD POLVO 40 MG/G	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
VIREAD TABLETA 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>zidovudine cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>zidovudine jarabe 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>zidovudine tableta 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
COMBINACIÓN DE ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tableta 600 mg; 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
BIKTARVY TABLETA 30 MG; 120 MG; 15 MG, 50 MG; 200 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
CIMDUO TABLETA 300 MG; 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
DELSTRIGO TABLETA 100 MG; 300 MG; 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
DESCOVY TABLETA 120 MG; 15 MG, 200 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
DOVATO TABLETA 50 MG; 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 600 mg; 200 mg; 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 400 mg; 300 mg; 300 mg, 600 mg; 300 mg; 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 200 mg; 25 mg; 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 200 mg; 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 100 mg; 150 mg, 133 mg; 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tableta 167 mg; 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
EVOTAZ TABLETA 300 MG; 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
GENVOYA TABLETA 150 MG; 150 MG; 200 MG; 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
JULUCA TABLETA 50 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
KALETRA SOLUCIÓN 400 MG/5 ML; 100 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>lamivudine/zidovudine tableta 150 mg; 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>lopinavir/ritonavir tableta 100 mg; 25 mg, 200 mg; 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
ODEFSEY TABLETA 200 MG; 25 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
PREZCOBIX TABLETA 150 MG; 675 MG, 150 MG; 800 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
STRIBILD TABLETA 150 MG; 150 MG; 200 MG; 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
SYMTUZA TABLETA 150 MG; 800 MG; 200 MG; 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
TRIUMEQ PD TABLETA SOLUBLE 60 MG; 5 MG; 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
TRIUMEQ TABLETA 600 MG; 50 MG; 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine cápsulas 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>ethambutol hydrochloride tableta 100 mg, 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>isoniazid inyección 100 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>isoniazid jarabe 50 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>isoniazid tableta 100 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PRETOMANID TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
PRIFTIN TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>pyrazinamide tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>rifabutin cápsula 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>rifampin cápsula 150 mg, 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>rifampin inyección 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
SIRTURO TABLETA 100 MG, 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
TRECTOR TABLETA 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
ANTIVIRALES		
<i>acyclovir sodium inyección 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>acyclovir cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>acyclovir suspensión 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>acyclovir tableta 400 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>adefovir dipivoxil tableta 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
BARACLUDE SOLUCIÓN 0.05 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>entecavir tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EPCLUSA PAQUETE 150 MG; 37.5 MG, 200 MG; 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
EPCLUSA TABLETA 200 MG; 50 MG, 400 MG; 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>famciclovir tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (21 EA por 30 días) MO
<i>famciclovir tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ganciclovir inyección 500 mg/10 ml, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>lamivudine tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
LIVTENCITY TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (336 EA por 28 días) PA; LD
MAVYRET PAQUETE 50 MG; 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
MAVYRET TABLETA 100 MG; 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>oseltamivir phosphate cápsula 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (168 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate cápsula 45 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (84 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate suspensión reconstituida 6 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (1080 ML por 365 días) MO
PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA DE 5 DÍAS 150 MG; 100 MG Y 300 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 2	QL (22 EA por 180 días) MO
PAXLOVID TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 150 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 2	QL (40 EA por 180 días) MO
PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 180 días) MO
PEGASYS INYECCIÓN 180 MG/0.5 ML, 180 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
PREVYMIS PAQUETE 120 MG, 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
PREVYMIS TABLETA 240 MG, 480 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RELENZA DISKHALER AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 5 MG/BLÍSTER	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (120 EA por 365 días) MO
<i>ribavirin cápsula 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	ACS
<i>ribavirin tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ACS
<i>rimantadine hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>valacyclovir hydrochloride tableta 1 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>valganciclovir hydrochloride solución reconstituida 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>valganciclovir tableta 450 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
VOSEVI TABLETA 400 MG; 100 MG; 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS
CEFALOSPORINAS		
CEFACTOR ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cefactor cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cefactor suspensión reconstituida 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>cefadroxil cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cefadroxil suspensión reconstituida 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cefadroxil tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 1 G/50 ML; 4 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 100 G, 300 G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefazolin sodium inyección intravenosa 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefazolin sodium inyección 10 g, 1 g, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
CEFAZOLIN/DEXTROSE INYECCIÓN 3 G /150 ML; 4 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
CEFAZOLIN INYECCIÓN 2 G/100 ML; 4 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
CEFAZOLIN INYECCIÓN INTRAVENOSA 2 G, 3 G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefazolin inyección 3 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefazolin inyección 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cefđinir cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cefđinir suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cefepime inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cefixime cápsula 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>cefixime suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cefotetan inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefoxitin sodium inyección 10 g, 1 g, 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefpodoxime proxetil suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cefpodoxime proxetil tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cefprozil suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cefprozil tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ceftaroline fosamil inyección 400 mg, 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ceftazidime inyección 2 g, 6 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ceftazidime inyección 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose inyección 1 g/50 ml, 2 g/50 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
CEFTRIAZONE SODIUM INYECCIÓN 100 G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ceftriaxone sodium inyección 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ceftriaxone sodium inyección 10 g, 1 g i.m. o i.v., 250 mg, 2 g, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cefuroxime axetil tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cefuroxime sodium inyección 1.5 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefuroxime sodium inyección 750 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cephalexin cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cephalexin cápsula 750 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cephalexin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cephalexin tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>tazicef inyección 1 g, 2 g, 6 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
TEFLARO INYECCIÓN 400 MG, 600 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin inyección 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>azithromycin suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>azithromycin tableta 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clarithromycin er tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>clarithromycin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>clarithromycin tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
DIFICID SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 40 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
DIFICID TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>erythromycin base tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin dr cápsula partículas de liberación retardada 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin dr tableta de liberación retardada 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin lactobionate inyección 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>fidaxomicin tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
FLUOROQUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl tableta 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección 200 mg/100 ml; 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección 400 mg/200 ml; 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>levofloxacin in d5w inyección 5 %; 250 mg/50 ml, 5 %; 500 mg/100 ml, 5 %; 750 mg/150 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>levofloxacin inyección 25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>levofloxacin solución oral 25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>levofloxacin tableta 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride inyección 400 mg/250 ml; 0.8 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
MOXIFLOXACIN HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 400 MG/250 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>moxifloxacin hydrochloride tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
PENICILINAS		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er tableta de liberación prolongada 12 horas 1000 mg; 62.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	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 2	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspensión reconstituida 250 mg/5 ml; 62.5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta 500 mg; 125 mg, 875 mg; 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta 250 mg; 125 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>amoxicillin cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin suspensión reconstituida 400 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>amoxicillin tableta masticable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin tableta 500 mg, 875 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ampicillin sodium inyección 10 g, 125 mg, 1 g i.v., 250 mg, 2 g i.v.</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ampicillin sodium inyección 1 g, 2 g, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ampicillin-sulbactam inyección 10 g; 5 g, 1 g; 0.5 g, 2 g; 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ampicillin/sulbactam inyección 2 g; 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ampicillin cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
BICILLIN L-A INYECCIÓN 1200000 UNIDADES/2 ML, 2400000 UNIDADES/4 ML, 600000 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dicloxacillin sodium cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
EXTENCILLINE INYECCIÓN 1200000 UNIDADES, 2400000 UNIDADES	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
LENTOCILIN INYECCIÓN 1200000 UNIDADES	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>nafcillin sodium inyección 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>nafcillin sodium inyección 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nafcillin sodium inyección 10 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>oxacillin sodium inyección 10 g, 1 g, 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE INYECCIÓN 40000 UNIDADES/ML, 60000 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>penicillin g potassium inyección 2000000 unidades, 5000000 unidades</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>penicillin g sodium inyección 5000000 unidades</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>penicillin v potassium solución reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>penicillin v potassium tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium inyección 12 g; 1.5 g, 2 g; 0.25 g, 36 g; 4.5 g, 3 g; 0.375 g, 4 g; 0.5 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100 inyección 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxycycline hyclate cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>doxycycline hyclate inyección 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline hyclate tableta 100 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>doxycycline monohydrate cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>doxycycline monohydrate cápsula 100 mg, 150 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline monohydrate tableta 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>doxycycline monohydrate tableta 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline suspensión reconstituida 25 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>minocycline hcl cápsula 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>minocycline hcl tableta 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ST MO
<i>minocycline hydrochloride cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>minocycline hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ST MO
<i>mondoxylene nl cápsula 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
NUZYRA INYECCIÓN 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS LD
NUZYRA TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS LD
<i>tetracycline hydrochloride cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>tigecycline inyección 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	

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



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

AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS**ALQUILANTES**

<i>cyclophosphamide cápsula 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA MO
CYCLOPHOSPHAMIDE TABLETA 25 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA
GLEOSTINE CÁPSULA 10 MG, 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ACS
GLEOSTINE CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS
LEUKERAN TABLETA 2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>lomustine cápsula 10 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ACS
<i>lomustine cápsula 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS

ANTIMETABOLITOS

INQOVI TABLETA 100 MG; 35 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (5 EA por 28 días) PA; ACS LD
LONSURF TABLETA 6.14 MG; 15 MG, 8.19 MG; 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
<i>mercaptopurine suspensión 2000 mg/100 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS
<i>mercaptopurine tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>methotrexate sodium inyección 1 g/40 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>methotrexate sodium inyección 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>methotrexate sodium inyección 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>methotrexate inyección 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
ONUREG TABLETA 200 MG, 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS LD
PURIXAN SUSPENSIÓN 2000 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS LD



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TABLOID TABLETA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>abirtega tableta 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS
AKEEGA TABLETA 500 MG; 100 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>anastrozole tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>bicalutamide tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
ELIGARD INYECCIÓN 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS
ERLEADA TABLETA 240 MG, 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
EULEXIN CÁPSULA 125 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>exemestane tableta 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
FIRMAGON INYECCIÓN 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS
FIRMAGON INYECCIÓN 120 MG/AMPOLLA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
INLURIYO TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
<i>letrozole tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>leuprolide acetate inyección 1 mg/0.2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS
LUPRON DEPOT (1 MES) INYECCIÓN 3.75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
LUPRON DEPOT (3 MESES) INYECCIÓN 11.25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
LYSODREN TABLETA 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	LD

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>megestrol acetate tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>nilutamide tableta 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
NUBEQA TABLETA 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
ORGOVYX TABLETA 120 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
ORSERDU TABLETA 345 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
ORSERDU TABLETA 86 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
SOLTAMOX SOLUCIÓN 10 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>tamoxifen citrate tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>toremifene citrate tableta 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
XTANDI CÁPSULA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
XTANDI TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
YONSA TABLETA 125 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide cápsula 20 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>lenalidomide cápsula 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>pomalidomide cápsula 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
POMALYST CÁPSULAS 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS LD



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VARIOS		
ASPARLAS INYECCIÓN 3750 UNIDADES/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
BESREMI INYECCIÓN 500 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2 ML por 28 días) PA; LD
<i>bexarotene cápsula 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>hydroxyurea cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
IWILFIN TABLETA 192 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
<i>leucovorin calcium tableta 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
MATULANE CÁPSULA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	LD
<i>mesna tableta 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
MODEYSO CÁPSULA 125 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (20 EA por 28 días) PA; LD
ONCASPAR INYECCIÓN 750 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
<i>tretinoin cápsula 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
WELIREG TABLETA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
AGENTES DIANA MOLECULARES		
ALECENSA CÁPSULA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ALUNBRIG PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 90 MG; 180 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
ALUNBRIG TABLETA 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
ALUNBRIG TABLETA 180 MG, 90 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
AUGTYRO CÁPSULA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; LD

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AUGTYRO CÁPSULA 160 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK PAQ. DE TRATAMIENTO 0.8 MG; 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (66 EA por 28 días) PA; LD
AYVAKIT TABLETA 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
BALVERSA TABLETA 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
BALVERSA TABLETA 4 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
BALVERSA TABLETA 3 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
BOSULIF CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (150 EA por 25 días) PA; ACS LD
BOSULIF CÁPSULA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS LD
BOSULIF TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
BOSULIF TABLETA 400 MG, 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
BRAFTOVI CÁPSULA 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
BRUKINSA CÁPSULA 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
BRUKINSA TABLETA 160 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
CABOMETYX TABLETA 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
CALQUENCE TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
CAPRELSA TABLETA 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
CAPRELSA TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
COMETRIQ KIT 140 MG DIARIAMENTE	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMETRIQ KIT 100 MG DIARIAMENTE	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 60 MG DIARIAMENTE	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
COPIKTRA CÁPSULA 15 MG, 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COTELLIC TABLETA 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (63 EA por 28 días) PA; ACS LD
DANZITEN TABLETA 71 MG, 95 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
<i>dasatinib tableta 100°mg, 140°mg, 50°mg, 70°mg, 80°mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>dasatinib tableta 20°mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
DAURISMO TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
DAURISMO TABLETA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ENSACOVE CÁPSULA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (270 EA por 30 días) PA; LD
ENSACOVE CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
ERIVEDGE CÁPSULA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
<i>erlotinib hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>erlotinib hydrochloride tableta 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>erlotinib hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (150 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 3 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>everolimus tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
FOTIVDA CÁPSULA 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
GAVRETO CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
<i>gefitinib tableta 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
GILOTRIF TABLETA 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
GOMEKLI CÁPSULA 1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (126 EA por 28 días) PA; LD
GOMEKLI CÁPSULA 2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
GOMEKLI TABLETA SOLUBLE 1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (168 EA por 28 días) PA; LD
HERNEXEOS TABLETA 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
HYRNUO TABLETA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
IBRANCE CÁPSULA 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
IBRANCE TABLETA 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
IBTROZI CÁPSULA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
ICLUSIG TABLETA 10 MG, 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
ICLUSIG TABLETA 15 MG, 45 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IDHIFA TABLETA 100 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>imatinib mesylate tableta 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>imatinib mesylate tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
IMBRUVICA CÁPSULA 70 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IMBRUVICA CÁPSULA 140 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
IMBRUVICA SUSPENSIÓN 70 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (216 ML por 27 días) PA; LD
IMBRUVICA TABLETA 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IMKELDI SOLUCIÓN 80 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (280 ML por 28 días) PA; LD
INLYTA TABLETA 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
INLYTA TABLETA 1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
INREBIC CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 9 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 3 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
JAKAFI TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
JAYPIRCA TABLETA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
JAYPIRCA TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
KISQALI FEMARA 400 DOSE PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 2.5 MG; 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
KISQALI FEMARA 600 DOSE PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 2.5 MG; 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
KISQALI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KOMZIFTI CÁPSULA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
KOSELUGO CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 5 MG, 7.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
KOSELUGO CÁPSULA 10 MG, 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
KRAZATI TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>lapatinib ditosylate tableta 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
LAZCLUZE TABLETA 240°MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
LAZCLUZE TABLETA 80°MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LORBRENA TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
LORBRENA TABLETA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 240 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LUMAKRAS TABLETA 120 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 320 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
LYNPARZA TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 16 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (140 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 12 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
MEKINIST SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 0.05 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1260 ML por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 0.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKTOVI TABLETA 15 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
NERLYNX TABLETA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
NILOTINIB D-TARTRATE CÁPSULA 150 MG, 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
NILOTINIB D-TARTRATE CÁPSULA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
<i>nilotinib hydrochloride cápsula 150 mg, 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
<i>nilotinib hydrochloride cápsula 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
NINLARO CÁPSULA 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
ODOMZO CÁPSULA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
OGSIVEO TABLETA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OGSIVEO TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
OJEMDA SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 25 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (96 ML por 28 días) PA; LD
OJEMDA TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (24 EA por 28 días) PA; LD
OJJAARA TABLETA 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
PAZOPANIB HYDROCHLORIDE TABLETA 400 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>pazopanib hydrochloride tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
PEMAZYRE TABLETA 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 200 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 300 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
QINLOCK TABLETA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
RETEVMO CÁPSULA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
SORINE TABLETA 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
RETEVMO CÁPS. 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
REVUFORJ TABLETA 110 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
REVUFORJ TABLETA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
REVUFORJ TABLETA 160 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
REZLIDHIA CÁPSULA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>romidepsin inyección 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS
ROMVIMZA CÁPSULA 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (8 EA por 28 días) PA; LD
ROZLYTREK CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
ROZLYTREK CÁPSULA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
ROZLYTREK PAQUETE 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (336 EA por 28 días) PA; ACS LD
RUBRACA TABLETA 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
RYDAPT CÁPSULA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS
SCEMBLIX TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
SCEMBLIX TABLETA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (300 EA por 30 días) PA; LD
SCEMBLIX TABLETA 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>sorafenib tosylate tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
STIVARGA TABLETA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>sunitinib malate cápsula 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
TABRECTA TABLETA 150 MG, 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
TAFINLAR CÁPSULA 50 MG, 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
TAFINLAR TABLETA SOLUBLE 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (840 EA por 28 días) PA; ACS LD
TAGRISSO TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TALZENNA CÁPSULA 0.25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
TAZVERIK TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
TECVAYLI INYECCIÓN 153 MG/1.7 ML, 30 MG/3 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
TEPMETKO TABLETA 225 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
TIBSOVO TABLETA 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
<i>torpenz tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
TRUQAP PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 160 MG, 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (64 EA por 28 días) PA; LD
TRUQAP TABLETA 160 MG, 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (64 EA por 28 días) PA; LD
TRUXIMA INYECCIÓN 100 MG/10 ML, 500 MG/50 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
TUKYSA TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
TUKYSA TABLETA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
TURALIO CÁPSULA 125 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VANFLYTA TABLETA 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA PAQ. INICIAL PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 10 MG; 100 MG; 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (42 EA por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
VERZENIO TABLETA 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VITRAKVI CÁPSULA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
VITRAKVI CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
VITRAKVI SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (300 ML por 30 días) PA; ACS LD
VIZIMPRO TABLETA 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
VONJO CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VORANIGO TABLETA 40°MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
VORANIGO TABLETA 10°MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA 200 MG, 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
XOSPATA TABLETA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (24 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO 80 MG DOS VECES POR SEMANA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (32 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 40 MG UNA VEZ POR SEMANA (PAQUETE DE 16 TABLETAS)	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (16 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 40 MG UNA VEZ POR SEMANA (PAQUETE DE 4 TABLETAS), 60 MG UNA VEZ POR SEMANA, 80 MG UNA VEZ POR SEMANA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (4 EA por 28 días) PA; LD

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XPROVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 100 MG UNA VEZ POR SEMANA, 80 MG UNA VEZ POR SEMANA, 40 MG DOS VECES POR SEMANA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (8 EA por 28 días) PA; LD
ZEJULA TABLETA 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZELBORAF TABLETA 240 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZIRABEV INYECCIÓN 100 MG/4 ML, 400 MG/16 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
ZOLINZA CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
ZYDELIG TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZYKADIA TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD

CARDIOVASCULARES

COMBINACIONES DE INHIBIDOR DE LA ECA

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



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trandolapril/verapamil hcl er tableta de liberación prolongada 1 mg; 240 mg, 2 mg; 180 mg, 2 mg; 240 mg, 4 mg; 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>benazepril hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>captopril tableta 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enalapril maleate tableta 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fosinopril sodium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lisinopril tableta 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>moexipril hydrochloride tableta 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>perindopril erbumine tableta 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinapril hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ramipril cápsula 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trandolapril tableta 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ALDOSTERONA		
<i>eplerenone tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
KERENDIA TABLETA 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>spironolactone tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ALFA-BLOQUEANTES		
<i>doxazosin mesylate tableta 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>prazosin hydrochloride cápsula 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>terazosin hcl cápsula 10 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terazosin hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
COMBINACIONES/ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>amlodipine besylate/valsartan tableta 10 mg; 160 mg, 10 mg; 320 mg, 5 mg; 160 mg, 5 mg; 320 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil tableta 10 mg; 20 mg, 10 mg; 40 mg, 5 mg; 20 mg, 5 mg; 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 12.5 mg; 160 mg, 10 mg; 25 mg; 160 mg, 10 mg; 25 mg; 320 mg, 5 mg; 12.5 mg; 160 mg, 5 mg; 25 mg; 160 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tableta 32 mg; 12.5 mg, 32 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tableta 16 mg; 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBYCLOR TABLETA 40 MG; 12.5 MG, 40 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
ENTRESTO CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 15 MG; 16 MG, 6 MG; 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 100 mg, 12.5 mg; 50 mg, 25 mg; 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 12.5 mg; 40 mg, 10 mg; 25 mg; 40 mg, 5 mg; 12.5 mg; 20 mg, 5 mg; 12.5 mg; 40 mg, 5 mg; 25 mg; 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 20 mg, 12.5 mg; 40 mg, 25 mg; 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sacubitril/valsartan tableta 24 mg; 26 mg, 49 mg; 51 mg, 97 mg; 103 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>telmisartan/amlodipine tableta 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg, 5 mg; 40 mg, 5 mg; 80 mg</i>	\$0 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 tableta 12.5 mg; 160 mg, 12.5 mg; 320 mg, 12.5 mg; 80 mg, 25 mg; 160 mg, 25 mg; 320 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil tableta 32 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil tableta 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBI TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan tableta 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tableta 320 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tableta 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hydrochloride inyección 150 mg/3 ml, 50 mg/ml, 900 mg/18 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amiodarone hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>disopyramide phosphate cápsula 100 mg, 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>dofetilide cápsula 125 µg, 250 µg, 500 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ACS
<i>flecainide acetate tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
LIDOCAINE HCL IN D5W INYECCIÓN 5 %; 4 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
LIDOCAINE HCL INYECCIÓN 100 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>lidocaine hcl inyección jeringa precargada 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
MULTAQ TABLETA 400 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
NORPACE CR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 100 MG, 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>pacerone tableta 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>propafenone hcl tableta 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>propafenone hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 12 horas 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>propafenone hydrochloride tableta 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>quinidine sulfate tableta 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sotalol hcl tableta 120 mg, 160 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sotalol hydrochloride (af) tableta 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sotalol hydrochloride tableta 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
<i>fenofibrate micronized cápsula 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>fenofibrate cápsula 130 mg, 150 mg, 43 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>fenofibrate tableta 145 mg, 160 mg, 40 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>fenofibric acid dr cápsula de liberación retardada 135 mg, 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>gemfibrozil tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-CoA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin cápsula 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lovastatin tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pravastatin sodium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>rosuvastatin calcium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>simvastatin tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine light paquete 4 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cholestyramine light polvo 4 g/dosis</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cholestyramine paq. 4 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cholestyramine polvo 4 g/dosis</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>colesevelam hydrochloride paquete 3.75 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>colesevelam hydrochloride tableta 625 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>colestipol hydrochloride gránulos 5 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>colestipol hydrochloride paq. 5 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>colestipol hydrochloride tableta 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ezetimibe/simvastatin tableta 10 mg; 10 mg, 10 mg; 20 mg, 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ezetimibe tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
NEXLETOL TABLETA 180 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
NEXLIZET TABLETA 180 MG; 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>niacin er tableta de liberación prolongada 1000 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>niacin er tableta de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>niacin tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>niacor tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>omega-3-acid ethyl esters cápsula 375 mg; 465 mg; 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>prevalite paquete 4 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>prevalite polvo 4 g/dosis</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
REPATHA PUSHTRONEX SISTEMA INYECCIÓN 420 MG/3.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA
REPATHA SURECLICK INYECCIÓN 140 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REPATHA INYECCIÓN 140 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA MO
VASCEPA CÁPSULA 0.5 G, 1 G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
COMBINACIONES DE BETA BLOQUEANTE/DIURÉTICO		
<i>atenolol/chlorthalidone tableta 100 mg; 25 mg, 50 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 6.25 mg, 2.5 mg; 6.25 mg, 5 mg; 6.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 100 mg, 25 mg; 50 mg, 50 mg; 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
BETA BLOQUEANTES		
<i>acebutolol hydrochloride cápsula 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>atenolol tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>betaxolol hcl tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>bisoprolol fumarate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>bisoprolol fumarate tableta 2.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>carvedilol phosphate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>carvedilol tableta 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>labetalol hydrochloride inyección 5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>labetalol hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>metoprolol succinate er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoprolol tartrate inyección 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>metoprolol tartrate tableta 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nadolol tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nebivolol hydrochloride tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nebivolol hydrochloride tableta 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>pindolol tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>propranolol hcl inyección 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>propranolol hcl solución oral 40 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>propranolol hcl tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>propranolol hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>propranolol hydrochloride solución 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>propranolol hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>timolol maleate tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cartia xt cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>dilt-xr cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>diltiazem hcl er cápsula de liberación prolongada 12 horas (genérico de Cardizem SR) 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>diltiazem hcl er cápsula de liberación prolongada 24 horas (Tiazac genérico) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 420 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diltiazem hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas (Cardizem LA genérico) 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
DILTIAZEM HCL INYECCIÓN 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>diltiazem hcl inyección 50 mg/10 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>diltiazem hcl tableta 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>diltiazem hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas (Cardizem CD, Dilacor XR, y Tiazac genéricos) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>diltiazem hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas (genérico de Cardizem LA) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>diltiazem hydrochloride inyección 125 mg/25 ml, 25 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>diltiazem hydrochloride tableta 120 mg, 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>felodipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>isradipine cápsula 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>matzim la tableta de liberación prolongada 24 horas 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>nicardipine hcl cápsula 20 mg, 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nifedipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 30 mg (genérico de Procardia XL), 60 mg (genérico de Procardia XL), 90 mg (genérico de Adalat CC y Procardia XL)</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>nifedipine er tableta de liberación prolongada 24 horas (Adalat CC genérico) 30 mg, 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>nisoldipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tiadylt er cápsula de liberación retardada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>tiadylt er cápsula de liberación prolongada 24 horas 420 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>verapamil hcl er cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Verelan PM y Verelan SR) 100 mg, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>verapamil hcl er tableta de liberación prolongada (genérico de Calan SR) 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VERAPAMIL HCL SR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS (GENÉRICO DE VERELAN SR) 360 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>verapamil hcl sr cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Verelan SR) 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>verapamil hcl tableta 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>verapamil hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas (Verelan PM genérico) 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>verapamil hydrochloride er tableta de liberación prolongada (genérico de Calan SR) 180 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 360 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>verapamil hydrochloride cápsula de liberación prolongada 24 horas 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>verapamil hydrochloride inyección 2.5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>verapamil hydrochloride tableta 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DIURÉTICOS		
<i>acetazolamide er cápsula de liberación prolongada 12 horas 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetazolamide tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>amiloride hcl tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>amiloride/hydrochlorothiazide tableta 5 mg; 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>bumetanide inyección 0.25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>bumetanide tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>chlorthalidone tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>furosemide inyección 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>furosemide solución oral 10 mg/ml, 40 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mirtazapine tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrochlorothiazide cápsula 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>indapamide tableta 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methazolamide tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>metolazone tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>torseamide tableta 100 mg, 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide cápsula 25 mg; 37.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 37.5 mg, 50 mg; 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VARIOS		
<i>aliskiren tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium tableta 10 mg; 10 mg; 10 mg, 20 mg, 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg, 2.5 mg; 10 mg, 2.5 mg; 20 mg, 2.5 mg; 40 mg, 5 mg; 10 mg, 5 mg; 20 mg, 5 mg; 40 mg, 5 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clonidine hydrochloride tableta 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clonidine parche semanal 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>clonidine parche semanal 0.2 mg/24 h, 0.3 mg/24 h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (8 EA por 28 días) MO
CORLANOR SOLUCIÓN 5 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>digoxin inyección 0.25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>digoxin oral solución 0.05 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>digoxin tableta 125 µg, 250 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>digoxin tableta 62.5 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>digox tableta 125 µg, 250 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días)
<i>droxidopa cápsula 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>droxidopa cápsula 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>droxidopa cápsula 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>guanfacine hydrochloride tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>hydralazine hydrochloride inyección 20 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>hydralazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride tableta 37.5 mg; 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ivabradine hydrochloride tableta 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>metirosine cápsula 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>midodrine hydrochloride tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>minoxidil tableta 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ranolazine er tableta de liberación prolongada 12 horas 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
VERQUVO TABLETA 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>NITRATOS</i>		
<i>isosorbide dinitrate tableta 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>isosorbide dinitrate tableta 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>isosorbide mononitrate er tableta de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
NITRO-BID POMADA 2 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>nitroglycerin parche transdérmico 24 horas 0.1 mg/h, 0.2 mg/h, 0.4 mg/h, 0.6 mg/h</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
NITROGLYCERIN INYECCIÓN 5 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>nitroglycerin translingual solución 0.4 mg/aerosol</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nitroglycerin tableta sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR</i>		
ADEMPAS TABLETA 0.5 MG, 1.5 MG, 1 MG, 2.5 MG, 2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>ambrisentan tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bosentan tableta soluble 32 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosentan tableta 62.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosentan tableta 125 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>epoprostenol sodium inyección 0.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D; ACS
<i>epoprostenol sodium inyección 1.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D; ACS
OPSUMIT TABLETA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>sildenafil citrate (genérico de Revatio) tableta 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS
<i>sildenafil inyección 10 mg/12.5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1125 ML por 30 días) PA; ACS
<i>tadalafil (Adecirca genérico) tableta 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
TYVASO KIT DE RECARGA SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
TYVASO KIT INICIAL SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
TYVASO SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG; 800 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (200 EA por 28 días) PA; ACS LD
UPTRAVI INYECCIÓN 1800 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
UPTRAVI TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (140 EA por 28 días) PA; ACS LD
UPTRAVI TABLETA 1000 MG, 1200 MG, 1400 MG, 1600 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
WINREVAIR INYECCIÓN (KIT DE 1 AMPOLLA) 45 MG, 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 EA por 21 días) PA; ACS LD
WINREVAIR INYECCIÓN (KIT DE 2 AMPOLLAS) 45 MG, 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2 EA por 21 días) PA; ACS LD



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
<i>ANSIOLÍTICOS</i>		
ALPRAZOLAM INTENSOL CONCENTRADO 1 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (300 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>alprazolam tableta 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>alprazolam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (150 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>bupirone hcl tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bupirone hydrochloride tableta 10 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chlordiazepoxide hcl cápsula 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>chlordiazepoxide hydrochloride cápsula 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>lorazepam intensol concentrado 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (150 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam inyección 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (150 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam tableta 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (150 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>oxazepam cápsula 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>ANTIDEMENCIA</i>		
<i>donepezil hcl tableta que se desintegra 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 23 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>donepezil hydrochloride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide er cápsula de liberación prolongada 24 horas 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide solución 4 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (200 ML por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide tableta 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>memantine hcl paq. de ajuste de la dosis tableta 10 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (98 EA por 365 días) PA
<i>emantine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>memantine hydrochloride solución 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (360 ML por 30 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) PA MO
NAMZARIC CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 10 MG; 14 MG, 10 MG; 21 MG, 10 MG; 28 MG, 10 MG; 7 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>rivastigmine tartrate cápsula 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rivastigmine sistema transdérmico parche 24 horas 13.3 mg/24 h, 4.6 mg/24 h, 9.5 mg/24 h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl tableta 100 mg, 150 mg, 25 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA MO; HRM
<i>amitriptyline hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA MO; HRM
<i>amoxapine tableta 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
AUVELITY TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 105 MG; 45 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tableta de liberación retardada 12 horas 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BUPROPION HYDROCHLORIDE ER (XL) TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 450 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tableta de liberación prolongada 24 horas 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tableta 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	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 cápsula 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>desipramine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA MO; HRM
<i>desvenlafaxine er tableta (genérico de Pristiq) de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>doxepin hcl cápsula 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>doxepin hcl concentrado 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>doxepin hydrochloride cápsula 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN PROLONGADA 20 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN PROLONGADA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>duloxetine hydrochloride dr</i> (genérico de Cymbalta) cápsula de partículas de liberación retardada 20 mg, 30 mg, 60 mg	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>duloxetine hydrochloride dr</i> (generic Irenka) cápsula con partículas de liberación retardada 40 mg	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
EMSAM PARCHE 24 HORAS 12 MG/24 H, 6 MG/24 H, 9 MG/24 H	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
ESCITALOPRAM OXALATE CÁPSULA 15 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>escitalopram oxalate solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (45 EA por 30 días) MO; HRM
EXXUA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18.2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (64 EA por 365 días) PA MO
EXXUA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18.2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
EXXUA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA ER 24 HORAS 20 MG; 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; HRM
FETZIMA CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 120 MG, 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 20 MG, 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluoxetine dr cápsula de liberación retardada 90 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (4 EA por 28 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride solución 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride (genérico de Prozac) tableta 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>imipramine hcl tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO; HRM
<i>imipramine hydrochloride tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO; HRM
MARPLAN TABLETA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	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 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nefazodone hydrochloride tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nortriptyline hcl cápsula 25 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
<i>nortriptyline hcl solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
<i>nortriptyline hydrochloride cápsula 10 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
<i>paroxetine hcl er tableta de liberación retardada 24 horas 37.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride suspensión 10 mg/ 5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (900 ML por 30 días) PA MO; HRM

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>paroxetine hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>perphenazine/amitriptyline tableta 10 mg; 2 mg, 10 mg; 4 mg, 25 mg; 2 mg, 25 mg; 4 mg, 50 mg; 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>phenelzine sulfate tableta 15 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>protriptyline hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
RALDESY SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
<i>sertraline hcl concentrado 20 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (300 ML por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hcl tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tranylcypromine sulfate tableta 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	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 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>trimipramine maleate cápsula 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate cápsula 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate cápsula 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
TRINTELLIX TABLETA 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
VENLAFAXINE BESYLATE ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 112.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride tableta 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>vilazodone hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
ZURZUVAE CÁPSULA 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (14 EA por 14 días) PA; ACS LD
ZURZUVAE CÁPSULA 20 MG, 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 14 días) PA; ACS LD
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>amantadine hcl solución 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>amantadine hcl tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>amantadine hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>benztropine mesylate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>benztropine mesylate tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO; HRM
<i>bromocriptine mesylate cápsula 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>bromocriptine mesylate tableta 2.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>carbidopa/levodopa er tableta de liberación prolongada 25 mg; 100 mg, 50 mg; 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg; 100 mg, 25 mg; 100 mg, 25 mg; 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE TABLETA 12.5 MG; 200 MG; 50 MG, 18.75 MG; 200 MG; 75 MG, 25 MG; 200 MG; 100 MG, 31.25 MG; 200 MG; 125 MG, 37.5 MG; 200 MG; 150 MG, 50 MG; 200 MG; 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbidopa/levodopa tableta 10 mg, 100 mg, 25 mg, 100 mg, 25 mg, 250 mg,</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa tableta 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>entacapone tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
INBRIJA CÁPSULA 42 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (300 EA por 30 días) PA; LD
<i>pramipexole dihydrochloride tableta 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>rasagiline mesylate tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>ropinirole er tableta de liberación retardada 24 horas 6 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 12 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole hcl tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ropinirole hydrochloride tableta 0.25 mg, 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>selegiline hcl cápsula 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>selegiline hcl tableta 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>trihexyphenidyl hcl solución 0.4 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tableta 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 720 MG/2.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2.4 ML por 56 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 960 MG/3.2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (3.2 ML por 56 días) MO
ABILIFY MAINTENA INYECCIÓN 300 MG, 400 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 EA por 28 días) MO; HRM
<i>aripiprazole tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 15 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole solución 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (900 ML por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 2 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
ARISTADA INITIO INYECCIÓN 675 MG/2.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	HRM
ARISTADA INYECCIÓN 441 MG/1.6 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1.6 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 662 MG/2.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2.4 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 882 MG/3.2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (3.2 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 1064 MG/3.9 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (3.9 ML por 56 días); HRM
<i>asenapine maleate sl tableta sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
CAPLYTA CÁPSULA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>chlorpromazine hcl inyección 50 mg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	HRM
<i>chlorpromazine hcl inyección 25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>chlorpromazine hcl tableta 100 mg, 10 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrado 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>chlorpromazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; HRM

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (270 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	HRM
<i>clozapine tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días); HRM
<i>clozapine tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (270 EA por 30 días); HRM
COBENFY STARTER PACK PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 50 MG; 20 MG Y 100 MG; 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 365 días) MO
COBENFY CÁPSULA 20 MG; 100 MG, 50 MG; 20 MG, 30 MG; 125 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 39 MG/0.25 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (0.25 ml por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 78 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.5 ml por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 117 MG/0.75 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.75 ml por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 156 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ml por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 234 MG/1.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1.5 ml por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 351 MG/2.25 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (4.5 ML por 365 días)
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS A TABLETA 1 MG; 2 MG; 4 MG; 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; HRM
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS B TABLETA 1 MG; 2 MG; 6 MG; 8 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS C TABLETA 1 MG; 3 MG; 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
FANAPT TABLETA 10 MG, 12 MG, 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluphenazine decanoate inyección 25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>fluphenazine hcl concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride elixir 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride inyección 2.5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>haloperidol decanoate inyección 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>haloperidol lactate inyección 5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>haloperidol concentrado 2 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
<i>haloperidol tableta 0.5 mg, 10 mg, 1 mg, 20 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN 1092 MG/3.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (3.5 ML por 180 días); HRM
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN 1560 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (5 ML por 180 días); HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 39 MG/0.25 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (0.25 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 78 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 117 MG/0.75 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.75 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 156 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 234 MG/1.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 273 MG/0.88 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.88 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 410 MG/1.32 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1.32 ML por 90 días); HRM

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 546 MG/1.75 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1.75 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 819 MG/2.63 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2.63 ML por 90 días); HRM
<i>loxapine cápsula 10 mg, 25 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tableta 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tableta 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	HRM
NUPLAZID CÁPSULA 34 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS HRM LD
NUPLAZID TABLETA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS HRM LD
<i>olanzapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine inyección 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (3 EA por 1 días) MO; HRM
<i>olanzapine tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
OPIPZA PELÍCULA 2 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
OPIPZA PELÍCULA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>paliperidone er tableta de liberación retardada 24 horas 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paliperidone er tableta de liberación prolongada 24 horas 6 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>perphenazine tableta 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pimozide</i> tableta 1 mg, 2 mg	\$0 - \$12.65	MO
	(Nivel 4)	
<i>quetiapine fumarate</i> er tableta de liberación	\$0 - \$12.65	QL (30 EA por 30 días) PA MO;
<i>retardada</i> 24 horas 150 mg, 200 mg	(Nivel 3)	HRM
<i>quetiapine fumarate</i> er tableta de liberación	\$0 - \$12.65	QL (60 EA por 30 días) PA MO;
<i>prolongada</i> 24 horas 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Nivel 3)	HRM
<i>quetiapine fumarate</i> tableta 200 mg	\$0 para el	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
	Nivel 2	
<i>quetiapine fumarate</i> tableta 25 mg	\$0 para el	QL (180 EA por 30 días) MO; HRM
	Nivel 2	
<i>quetiapine fumarate</i> tableta 300 mg, 400 mg	\$0 para el	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
	Nivel 2	
<i>quetiapine fumarate</i> tableta 100 mg, 150 mg,	\$0 para el	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
50 mg	Nivel 2	
REXULTI TABLETA 3 MG, 4 MG	\$0 - \$12.65	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
	(Nivel 5)	
REXULTI TABLETA 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG,	\$0 - \$12.65	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
2 MG	(Nivel 5)	
<i>risperidone</i> er inyección 25 mg	\$0 - \$12.65	QL (2 EA por 28 días) MO
	(Nivel 4)	
<i>risperidone</i> er inyección 12.5 mg	\$0 - \$12.65	QL (2 EA por 28 días) MO; HRM
	(Nivel 4)	
<i>risperidone</i> er inyección 37.5 mg, 50 mg	\$0 - \$12.65	QL (2 EA por 28 días) MO
	(Nivel 5)	
<i>risperidone</i> tabs. bucodispersables que se	\$0 para el	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>desintegran</i> 0.5 mg	Nivel 2	
<i>risperidone</i> tabs. bucodispersables que se	\$0 - \$12.65	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>desintegran</i> 4 mg	(Nivel 4)	
<i>risperidone</i> tabs. bucodispersables que se	\$0 - \$12.65	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>desintegran</i> 1 mg, 2 mg, 3 mg	(Nivel 4)	
<i>risperidone</i> tabs. bucodispersables que se	\$0 - \$12.65	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>desintegran</i> 0.25 mg	(Nivel 4)	
<i>risperidone</i> solución 1 mg/ml	\$0 para el	QL (480 ML por 30 días) MO; HRM
	Nivel 2	
<i>risperidone</i> tableta 4 mg	\$0 para el	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
	Nivel 2	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>risperidone tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 0.25 mg, 0.5 mg, 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
SECUADO PARCHE 24 HORAS 3.8 MG/24 H, 5.7 MG/24 H, 7.6 MG/24 H	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>thioridazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA MO; HRM
<i>thiothixene cápsula 10 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>trifluoperazine hcl tableta 2 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
<i>trifluoperazine hcl tableta 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>trifluoperazine hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
VERSACLOZ SUSPENSIÓN 50 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (600 ML por 30 días) PA; HRM
VRAYLAR CÁPSULA 0.5 MG, 0.75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
VRAYLAR CÁPSULA 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
VRAYLAR CÁPSULA 1.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>ziprasidone hcl cápsula 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>ziprasidone mesylate inyección 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (6 EA por 3 días) MO; HRM
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 210 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 405 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 EA por 28 días) PA; ACS
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS
AGENTES ANTICONVULSIVANTES		
APTiom TABLETA 200 MG, 400 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
APTIOM TABLETA 600 MG, 800 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>brivaracetam inyección 50 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (600 ml por 30 días)
<i>brivaracetam solución oral 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (600 ml por 30 días)
<i>brivaracetam tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días)
BRIVIACT INYECCIÓN 50 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (600 ML por 30 días) PA
BRIVIACT SOLUCIÓN ORAL 10 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (600 ML por 30 días) PA MO
BRIVIACT TABLETA 100 MG, 10 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>carbamazepine er carbamazepine er cápsula de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>carbamazepine er tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>carbamazepine er tableta de liberación prolongada 12 horas 200 mg, 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>carbamazepine suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>carbamazepine tableta masticable 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>carbamazepine tableta masticable 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>carbamazepine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>clobazam suspensión 2.5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (480 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>clobazam tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clonazepam tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clorazepate dipotassium tableta 15 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clorazepate dipotassium tableta 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
DIACOMIT CÁPSULA 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT CÁPSULA 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
<i>diazepam intensol concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
DIAZEPAM GEL 10 MG, 2.5 MG, 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (5 EA por 30 días) MO; HRM
<i>diazepam inyección 5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam solución oral 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1200 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam tableta 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
DILANTIN INFATABS TABLETA MASTICABLE 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
DILANTIN-125 SUSPENSIÓN 125 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
DILANTIN CÁPSULA 100 MG, 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>divalproex sodium dr cápsula de liberación prolongada con gránulos dispersables 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>divalproex sodium dr tableta de liberación retardada 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>divalproex sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
EPIDIOLEX SOLUCIÓN 100 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (600 ML por 30 días) PA; ACS LD
EPRONTIA SOLUCIÓN 25 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (480 ML por 30 días) PA MO
<i>eslicarbazepine acetate tableta 200 mg, 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>eslicarbazepine acetate tableta 600 mg, 800 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ethosuximide cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ethosuximide solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>felbamate suspensión 600 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>felbamate tableta 400 mg, 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
FINTEPLA SOLUCIÓN 2.2 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (360 ML por 30 días) PA; LD
<i>fosphenytoin sodium inyección 100 mg pe/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>fosphenytoin sodium inyección 500 mg pe/10 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
FYCOMPA SUSPENSIÓN 0.5 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (680 ML por 28 días) PA MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) cápsula 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) cápsula 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (270 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico Neurontin) cápsula 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (2160 ML por 30 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) tableta 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) tableta 800 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide inyección 200 mg/20 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>lacosamide solución oral 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1200 ML por 30 días) MO
<i>lacosamide tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lamotrigine er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 250 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>lamotrigine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>lamotrigine kit inicial/kit azul 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lamotrigine kit inicial/kit verde 100 mg; 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>lamotrigine kit inicial/kit anaranjado 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lamotrigine tableta masticable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>lamotrigine tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>levetiracetam er tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
LEVETIRACETAM/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 500 MG/100 ML; 820 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>levetiracetam/sodium chloride inyección 1000 mg/100 ml; 750 mg/100 ml, 1500 mg/100 ml; 540 mg/100 ml, 500 mg/100 ml; 820 mg/100 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>levetiracetam inyección 500 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levetiracetam solución oral 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
LEVETIRACETAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
LEVETIRACETAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>levetiracetam tableta 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
LIBERVANT PELÍCULA 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>methsuximide cápsula 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
NAYZILAM SOLUCIÓN 5 MG/0.1 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>oxcarbazepine suspensión 300 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>oxcarbazepine tableta 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>perampanel suspensión 0.5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (680 ML por 28 días) PA MO
<i>perampanel tableta 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>perampanel tableta 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>phenobarbital sodium inyección 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; HRM
<i>phenobarbital elixir 20 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1500 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenobarbital tableta 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenytek cápsula 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>phenytoin sodium extended cápsula 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>phenytoin sodium inyección 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>phenytoin suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>phenytoin tableta masticable 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
PREGABALIN CÁPSULA 150 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 225 mg, 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
PREGABALIN SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>primidone tableta 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>roweepra tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>rufinamide suspensión 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2760 ML por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (480 EA por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tableta 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 750 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (360 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 1000 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>subvenite kit inicial/kit azul 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>subvenite kit inicial/kit verde 100 mg; 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>subvenite kit inicial/kit anaranjado 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
SUBVENITE SUSPENSIÓN 10 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>subvenite tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
SYMPAZAN FILM 5MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
SYMPAZAN PELÍCULA 10 MG, 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>tiagabine hydrochloride tableta 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>topiramate er cápsula er 24 horas con gránulos dispersables 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>topiramate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>topiramate cápsula con gránulos dispersables 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>topiramate solución 25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (480 ML por 30 días) PA MO
<i>topiramate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>valproate sodium inyección 100 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>valproic acid cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>valproic acid solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
VALTOCO 10 MG DOSE LÍQUIDO 10 MG/0.1 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO 15 MG DOSE LÍQUIDO PAQ. DE TRATAMIENTO 7.5 MG/0.1 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VALTOCO 20 MG DOSE PAQ. DE TRATAMIENTO LÍQUIDO 10 MG/0.1 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1 ML LÍQUIDO	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>vigabatrin paquete 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>vigabatrin tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>vigadrone paquete 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>vigadrone tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
VIGAFYDE SOLUCIÓN 100 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (750 ML por 30 días) PA; LD
XCOPRI TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO DE AJUSTE DE LA DOSIS 12.5 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (28 EA por 28 días)
XCOPRI TABLETA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS 150 MG; 200 MG; 50 MG; 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días)
XCOPRI TABLETA PAQUETE PARA TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO 150 MG; 100 MG, 200 MG; 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) MO
XCOPRI TABLETA 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
XCOPRI TABLETA 150 MG, 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
ZONISADE SUSPENSIÓN 100 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>zonisamide cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>zonisamida cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
ZTALMY SUSPENSIÓN 50 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1100 ML por 30 días) PA; LD



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN		
<i>amphetamine/dextroamphetamine cáps. de liberación prolongada 24 horas 1.25 mg; 1.25 mg; 1.25 mg; 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg, 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg, 5 mg; 5 mg; 5 mg, 6.25 mg; 6.25 mg; 6.25 mg, 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tableta 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tableta 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine hydrochloride cápsula 10 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tableta 2.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>guanfacine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) PA MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>guanfacine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>lisdexamfetamine dimesylate cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lisdexamfetamine dimesylate tableta masticable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd) cápsula de liberación prolongada (genérico de Metadate CD) 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (dif) tableta de liberación prolongada 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (la) cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Ritalin LA) 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (la) cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Ritalin LA) 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER (OSM) TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA (GENÉRICO DE RELEXXI) 45 MG, 63 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tableta de liberación prolongada (genérico de Concerta) 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg (genérico de Relexxi) 72 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tableta de liberación prolongada (genérico de Metadate ER y Ritalin SR) 10 mg, 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tableta masticable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylphenidate hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>zenzedi tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días)
HIPNÓTICOS		
DAYVIGO TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>doxepin hydrochloride tableta 3 mg, 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tasimelteon cápsula 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>temazepam cápsula 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>triazolam tableta 0.125 mg, 0.25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zaleplon cápsula 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zaleplon cápsula 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zolpidem tartrate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
MIGRAÑA		
AIMOVIG INYECCIÓN 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (1 ML por 30 días) PA; ACS
<i>dihydroergotamine mesylate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA MO
<i>dihydroergotamine mesylate solución nasal 4 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (8 ML por 30 días) PA MO
<i>eletriptan hydrobromide tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>ergotamine tartrate/caffeine tableta 100 mg; 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (40 EA por 28 días) PA MO
<i>naratriptan hcl tableta 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (9 EA por 30 días) MO
NURTEC TABLETA QUE SE DESINTEGRA 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (16 EA por 30 días) PA MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
QULIPTA TABLETA 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>tableta que se desintegra 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>rizatriptan benzoate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate resurtido de inyección 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate inyección 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (9 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan solución 20 mg/pulverización, 5 mg/pulverización</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (16 EA por 30 días) PA MO
UBRELVY TABLETA 100 MG, 50 MG		
VARIOS		
AUSTEDO XR PAQ. DE AJUSTE DE LA DOSIS PARA EL PACIENTE, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE TRATAMIENTO 12°MG; 18°MG; 24°MG; 30°MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 365 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 12 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 24 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLETA 12 MG, 9 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLETA 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lithium carbonate er tableta de liberación extendida 300 mg, 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>lithium carbonate cápsula 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lithium carbonate tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lithium solución 8 meq/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
NUEDEXTA CÁPSULA 20 MG; 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tableta de liberación retardada 24 horas 330 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tableta de liberación prolongada 24 horas 165 mg, 82.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pyridostigmine bromide er tableta de liberación prolongada 180 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>pyridostigmine bromide tableta 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>riluzole tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>tetrabenazine tableta 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
<i>tetrabenazine tableta 12.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BAFIERTAM CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 95 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
BETASERON INYECCIÓN 0.3 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS
<i>dalfampridine er tableta de liberación prolongada 12 horas 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA; ACS
<i>fingolimod hydrochloride cápsula 0.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>glatiramer acetate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i>glatiramer acetate inyección 20 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glatopa inyección 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i>glatopa inyección 20 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
KESIMPTA INYECCIÓN 20 MG/0.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (6.4 ML por 365 días) PA; ACS LD
<i>teriflunomide tableta 14 mg, 7 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES		
<i>baclofen tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>baclofen tableta 15 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>clorzoxazone tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>dantrolene sodium cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>tizanidine hcl tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>tizanidine hydrochloride cápsula 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>tizanidine hydrochloride tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA		
<i>armodafinil tableta 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>armodafinil tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
SODIUM OXYBATE SOLUCIÓN 500 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (540 ML por 30 días) PA; LD



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PSICOTERAPÉUTICOS-VARIOS		
<i>acamprosate calcium dr tableta de liberación retardada 333 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tableta sublingual 8 mg; 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tableta sublingual 2 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl tableta sublingual 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl tableta sublingual 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 8 mg; 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 2 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 12 mg; 3 mg, 4 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tableta de liberación prolongada 12 horas 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>disulfiram tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
KLOXXADO LÍQUIDO 8 MG/0.1 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>naloxone hcl inyección 4 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>naloxone hydrochloride inyección 0.4 mg/ml cartucho jeringa precargada, 2 mg/2 ml jeringa precargada</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>naloxone hydrochloride inyección 0.4 mg/ml ampolla</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>naloxone hydrochloride líquido 4 mg/0.1 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>naltrexone hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
NICOTROL NS SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (360 ML por 365 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REXTOVY LÍQUIDO 4 MG/0.25 ML	\$0 - \$12.65	MO
	(Nivel 4)	
<i>varenicline paq. de tratamiento mensual inicial,</i>	\$0 - \$12.65	
<i>tableta 0.5 mg; 1 mg</i>	(Nivel 4)	
<i>varenicline tartrate tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65	MO
	(Nivel 4)	
VIVITROL INYECCIÓN 380 MG	\$0 - \$12.65	ACS
	(Nivel 5)	
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS		
<i>ANDRÓGENOS</i>		
<i>danazol cáps. 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65	MO
	(Nivel 4)	
<i>methyltestosterone cáps. 10 mg</i>	\$0 - \$12.65	PA MO
	(Nivel 5)	
<i>testosterone cypionate inyección 100 mg/ml,</i>	\$0 para el	MO
<i>200 mg/ml</i>	Nivel 2	
<i>testosterone enanthate inyección 200 mg/ml</i>	\$0 para el	PA MO
	Nivel 2	
<i>testosterone pump gel 1 %</i>	\$0 - \$12.65	QL (300 G por 30 días) MO
	(Nivel 3)	
<i>testosterone gel 25 mg/2.5 g, 50 mg/5 g</i>	\$0 - \$12.65	QL (300 G por 30 días) MO
	(Nivel 3)	
<i>testosterone solución 30 mg/pulverización</i>	\$0 - \$12.65	QL (180 ML por 30 días) MO
	(Nivel 3)	
<i>ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS</i>		
BD ALCOHOL SWABS	\$0 para el	PA MO
	Nivel 1	
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA	\$0 para el	PA MO
II/0.3 ML/31G X 5/16"	Nivel 1	
BD INSULIN JERINGA	\$0 para el	PA MO
SAFETYGLIDE/1 ML/29 G X 1/2"	Nivel 1	
BD INSULIN JERINGA	\$0 para el	PA MO
ULTRAFINA/0.5 ML/30 G X 1/2"	Nivel 1	
BD INSULIN JERINGA	\$0 para el	PA MO
ULTRAFINA/1 ML/31 G X 5/16"	Nivel 1	
BD PEN AGUJA/ORIGINAL/	\$0 para el	PA MO
ULTRAFINA/29 G X 1/2"	Nivel 1	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD PLUMA VARIOS	\$0 para el Nivel 1	MO
BD VEO INSULIN JERINGA ULTRAFINA/0.3 ML/31 G X 15/64"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
APÓSITOS DE GASA 2"X2" 12 APÓSITOS PLY	\$0 para el Nivel 1	PA MO
FIASP FLEXTOUCH INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
FIASP PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
FIASP PUMPCART INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
FIASP INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO) INYECCIÓN 500 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INYECCIÓN 500 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
INSULIN ASPART FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
INSULIN ASPART PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
INSULIN ASPART INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
LANTUS SOLOSTAR INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
LANTUS INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN 70/30 INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN N FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLIN N INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN R FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN R INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
NOVOLOG FLEXPEN RELION INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN INYECCIÓN PRECARGADA 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG MIX 70/30 INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG RELION INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
NOVOLOG INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
SOLIQUA 100/33 INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML; 33 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (15 ML por 25 días) MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR INYECCIÓN 300 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
TOUJEO SOLOSTAR INYECCIÓN 300 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
XULTOPHY 100/3.6 INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML; 3.6 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (15 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FARXIGA TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65	QL (30 EA por 30 días) MO
	(Nivel 3)	
<i>glimepiride tableta 4 mg</i>	\$0 para el	QL (60 EA por 30 días) MO
	Nivel 1	
<i>glimepiride tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el	QL (90 EA por 30 días) MO
	Nivel 1	
<i>glipizide er tableta de liberación retardada</i>	\$0 para el	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>24 horas 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>glipizide er tableta de liberación prolongada</i>	\$0 para el	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>24 horas 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride tableta 2.5 mg;</i>	\$0 para el	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>500 mg, 5 mg; 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride tableta 2.5 mg;</i>	\$0 para el	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>250 mg</i>	Nivel 1	
<i>glipizide tableta 10 mg</i>	\$0 para el	QL (120 EA por 30 días) MO
	Nivel 1	
<i>glipizide tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el	QL (240 EA por 30 días) MO
	Nivel 1	
GLYXAMBI TABLETA 10 MG; 5 MG, 25 MG;	\$0 - \$12.65	QL (30 EA por 30 días) MO
5 MG	(Nivel 3)	
JANUMET XR TABLETA DE LIBERACIÓN	\$0 - \$12.65	QL (30 EA por 30 días) MO
PROLONGADA 24 HORAS 1000 MG; 100 MG	(Nivel 3)	
JANUMET XR TABLETA LIBERACIÓN	\$0 - \$12.65	QL (60 EA por 30 días) MO
PROLONGADA 24 HORAS 1000 MG; 50 MG,	(Nivel 3)	
500 MG; 50 MG		
JANUMET TABLETA 1000 MG; 50 MG,	\$0 - \$12.65	QL (60 EA por 30 días) MO
500 MG; 50 MG	(Nivel 3)	
JANUVIA TABLETA 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65	QL (30 EA por 30 días) MO
	(Nivel 3)	
JARDIANCE TABLETA 10 MG, 25 MG	\$0 - \$12.65	QL (30 EA por 30 días) MO
	(Nivel 3)	
JENTADUETO XR TABLETA DE	\$0 - \$12.65	QL (30 EA por 30 días) MO
LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS	(Nivel 3)	
5 MG; 1000 MG		
JENTADUETO XR TABLETA DE	\$0 - \$12.65	QL (60 EA por 30 días) MO
LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS	(Nivel 3)	
2.5 MG; 1000 MG		

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JENTADUETO TABLETA 2.5 MG; 1000 MG, 2.5 MG; 500 MG, 2.5 MG; 850 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Glucophage XR)</i> tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Glucophage XR)</i> tableta de liberación prolongada 24 horas 750 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Fortamet y Glumetza)</i> tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>metformin hydrochloride tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tableta 1000 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tableta 850 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>miglitol tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
MOUNJARO INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (2 ML por 28 días) PA MO
MOUNJARO INYECCIÓN 2.5 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (4 ML por 365 días) PA
<i>nateglinide tableta 120 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
OZEMPIC INYECCIÓN 2 MG/3 ML, 4 MG/3 ML, 8 MG/3 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (3 ML por 28 días) PA MO
<i>pioglitazone hcl-glimepiride tableta 2 mg; 30 mg, 4 mg; 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl tableta 500 mg; 15 mg, 850 mg; 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl tableta 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hydrochloride tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>repaglinide tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
RYBELSUS TABLETA 3 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA
RYBELSUS TABLETA 14 MG, 7 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
SYMLINPEN 120 INYECCIÓN 2700 MG/2.7 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (10.8 ML por 30 días) PA MO
SYMLINPEN 60 INYECCIÓN 1500 MG/1.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (6 ML por 30 días) PA MO
TRADJENTA TABLETA 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 10 MG; 5 MG; 1000 MG, 25 MG; 5 MG; 1000 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 12.5 MG; 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 2.5 MG; 1000 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
TRULICITY INYECCIÓN 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (2 ML por 28 días) PA MO
XIGDUO XR TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 10 MG; 1000 MG, 10 MG; 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
XIGDUO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 1000 MG, 5 MG; 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium solución 70 mg/75 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>alendronate sodium tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>alendronate sodium tableta 35 mg, 70 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO
BILDYOS INYECCIÓN 60 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1 ML por 180 días); ACS
BILPREVDA INYECCIÓN 120 MG/1.7 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BONSITY INYECCIÓN 560 MG/2.24 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>calcitonin-salmon solución 200 unidades/ pulverización</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>ibandronate sodium inyección 3 mg/3 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (3 ML por 90 días) MO
<i>ibandronate sodium tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 30 días) MO
OSPOMYV INYECCIÓN 60 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1 ML por 180 días); ACS
PAMIDRONATE DISODIUM INYECCIÓN 6 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>pamidronate disodium inyección 30 mg/10 ml, 90 mg/10 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>risedronate sodium dr tableta de liberación retardada 35 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 30 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>teriparatide inyección (marca Alvogen) 560 µg/2.24 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
WYOST INYECCIÓN 120 MG/1.7 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
ZOLEDRONIC ACID INYECCIÓN 4 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ACS
<i>zoledronic acid inyección 4 mg/5 ml, 5 mg/100 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ACS
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>deferasirox paquete 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>deferasirox tabs. solubles 125 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>deferasirox tabs. solubles 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>deferasirox tableta 90 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA; ACS
<i>deferasirox tableta 180 mg, 360 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS
<i>kionex suspensión 15 g/60 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
LOKELMA PAQUETE 10 G	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (34 EA por 30 días) MO
LOKELMA PAQUETE 5 G	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (96 EA por 30 días) MO
<i>penicillamine tableta 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS
<i>sodium polystyrene sulfonate polvo</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>sodium polystyrene sulfonate suspensión 15 g/60 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>sps combinación, suspensión 15 g/60 ml, 15 g/60 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>trientine hydrochloride cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
ANTICONCEPTIVOS		
<i>afirmelle tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>altavera tableta 30 µg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>alyacen 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>alyacen 7/7/7 tableta 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>amethyst tableta 20 µg; 90 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>apri tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>aranelle tableta 0.5 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ashlyna tableta 0.15 mg; 0.01 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>aubra eq tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>aurovela 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>aurovela 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>aurovela 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>aurovela fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>aurovela fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>aviane tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ayuna tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>azurette tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>balziva tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>blisovi 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>blisovi fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>blisovi fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>briellyn tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>camila tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
CAMRESE LO TABLETA 0.1 MG; 0.02 MG; 0.01 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
CAMRESE TABLETA 0.15 MG; 0.03 MG; 0.01 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>charlotte 24 fe tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>chateal eq tableta 30 µg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>cryselle-28 tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cryselle tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cyred eq tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>dasetta 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>dasetta 7/7/7 tableta 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>daysee tableta 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>deblitane tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>delyla tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INYECCIÓN 104 MG/0.65 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>dolishale tableta 20 µg; 90 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium tableta 3 mg; 0.02 mg; 0.451 mg, 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tableta 3 mg; 0.02 mg, 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>elinest tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>eluryng anillo 0.015 mg/24 horas; 0.12 mg/24 horas</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>emzahh tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>enilloring anillo 0.015 mg/24 horas; 0.12 mg/24 horas</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enskyce tableta 0.15 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>errin tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>estarylla tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol tableta 35 µg; 1 mg, 50 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol anillo 0.015 mg/24 horas; 0.12 mg/24 horas</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>falmina tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>feirza 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>feirza 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>fnzala tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>galbriela tableta masticable 25 µg; 75 mg; 0.8 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>hailey 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>hailey 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>hailey fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>hailey fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>haloette anillo 0.015 mg/24 horas; 0.12 mg/24 horas</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>heather tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>iclevia tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>incassia tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>introvale tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>isibloom tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>jaimiess tableta 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>jasmiel tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>jencycla tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
JOLESSA TABLETA 0.03 MG; 0.15 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>juleber tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>junel 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>junel 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>junel fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>junel fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>junel fe 24 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>kaitlib fe tableta masticable 25 µg; 75 mg; 0.8 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>kalliga tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>kariva tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>kelnor 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>kurvelo tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>larin 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>larin 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>larin 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>larin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>larin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lessina tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>levonest tableta 0.05 mg; 0.075 mg; 0.125 mg; 0.03 mg; 0.04 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tableta 0.1 mg; 0.02 mg; 0.01 mg; 20 µg; 90 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tableta 0.03 mg; 0.15 mg, 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg, 0.15 mg; 0.02 mg; 0.15 mg; 0.02 mg, 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg, 0.05 mg; 0.03 mg; 0.075 mg; 0.04 mg, 0.125 mg; 0.03 mg, 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>levora 0.15/30-28 tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
LILETTA DISPOSITIVO INTRAUTERINO 20.1 MG/DÍA	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	ACS LD
<i>lo-zumandimine tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>loestrin 1.5/30-21 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>loestrin 1/20-21 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>loestrin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>loestrin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lojaimiess tableta 0.1 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>loryna tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>low-ogestrel tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>luizza 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>luizza 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>luterá tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lyleq tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lyza tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>marlissa tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>medroxyprogesterone acetate inyección 150 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>meleya tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>mibelas 24 fe tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>microgestin 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>microgestin 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>microgestin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>microgestin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>mili tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>mono-linyah tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>necon 0.5/35-28 tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
NEXPLANON INYECCIÓN 68 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	ACS LD

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nikki tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
NORA-BE TABLETA 0.35 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol parche semanal 35 µg/24 horas; 150 µg/24 horas</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta 1 mg; 20 µg; 75 mg, 1 mg, 20 µg; 30 µg; 35 µg; 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tableta 20 µg; 1 mg, 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta masticable 35 µg; 0,4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>norethindrone tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>norgestimate/ethinyl estradiol tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg, 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>norlyroc tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>nortrel 0.5/35 (28) tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>nortrel 1/35 tratamiento de 28 días</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>nortrel 1/35 tratamiento de 21 días</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>nortrel 7/7/7 tableta 35 µg; 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>nylia 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>nylia 7/7/7 tableta 35 µg; 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>orquidea tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>orsythia tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>philith tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>pimtrea tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>portia-28 tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>reclipsen tableta 0.15 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>rosyrah tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.025 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>setlakin tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>sharobel tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>simliya tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>simpesse tableta 0.1 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sprintec 28 tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sronyx tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>syeda tableta 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>tarina 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>tarina fe 1/20 eq tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>tilia fe tableta 0.02 mg; 0.03 mg; 0.35 mg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>tri-estarylla tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>tri-legest fe tableta 20 µg; 30 µg; 35 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>tri-linyah tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tri-lo-estarylla</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>tri-lo-marzia</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>tri-lo-mili</i> tableta 0.180 mg; 0.215 mg; 0.250 mg; 0.025 mg	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>tri-lo-sprintec</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.25 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>tri-mili</i> tableta 0.180 mg; 0.215 mg; 0.250 mg; 0.035 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>tri-sprintec</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>tri-vylibra lo</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>tri-vylibra</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>turqoz</i> tableta 30 µg; 0.3 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>tydemy</i> tableta 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>valtya 1/35</i> tableta 35 µg; 1 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>valtya 1/50</i> tableta 50 µg; 1 mg	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>velivet</i> tableta 0.1 mg; 0.125 mg; 0.15 mg; 0.025 mg	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>vestura</i> tableta 3 mg; 0.02 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>vienva</i> tableta 20 µg; 0.1 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>viorele</i> tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>volnea</i> tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>vyfemla</i> tableta 35 µg; 0.4 mg	\$0 para el Nivel 2	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vylibra tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>wera tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>wymzya fe tableta masticable 35 µg; 0.4 mg; 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>xarah fe tableta 20 µg; 30 µg; 35 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>xelria fe tableta masticable 35 µg; 75 mg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>xulane parche semanal 35 µg/24 h; 150 µg/24 h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>zafemy parche semanal 35 µg/24 h; 150 µg/24 h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>zovia 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>zumandimine tableta 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
ESTRÓGENOS		
<i>abigale lo tableta 0.5 mg; 0.1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>abigale tableta 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>conjugated estrogens tableta 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dotti parche dos veces por semana 0.025 mg/24 h, 0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (8 EA por 28 días)
DUAVEE TABLETA 20 MG; 0.45 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>estradiol valerate inyección 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>estradiol/norethindrone acetate tableta 0.5 mg; 0.1 mg, 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>estradiol crema 0.1 mg/g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>estradiol parche dos veces por semana 0.025 mg/24 h, 0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>estradiol parche semanal 0.025 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.06 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h, 37.5 µg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>estradiol tableta oral 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol vaginal tableta 10 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
ESTRING ANILLO 7.5 MG/24 H	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1 EA por 90 días) MO
<i>fyavolv tableta 2.5 µg; 0.5 mg, 5 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>jinteli tableta 5 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lyllana parche dos veces por semana 0.025 mg/24 h, 0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (8 EA por 28 días)
<i>mimvey tableta 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tableta 2.5 µg; 0.5 mg, 5 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
PREMARIN CREMA 0.625 MG/G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
PREMARIN INYECCIÓN 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
PREMARIN TABLETA 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
PREMPRO TABLETA 0.3 MG; 1.5 MG, 0.45 MG; 1.5 MG, 0.625 MG; 2.5 MG, 0.625 MG; 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>yuvafem tableta 10 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
GLUCOCORTICOIDES		
DEXAMETHASONE INTENSOL CONCENTRADO 1 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexamethasone sodium phosphate inyección 100 mg/10 ml, 10 mg/ml, 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, 4 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dexamethasone elixir 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dexamethasone solución 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dexamethasone tableta 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>fludrocortisone acetate tableta 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>hydrocortisone sodium succinate inyección 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>hydrocortisone tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>methylprednisolone acetate inyección 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>methylprednisolone paq. de dosis tableta paq. de tratamiento 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inyección 1000 mg, 125 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inyección 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>methylprednisolone tableta 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate solución oral 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate solución oral 25 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>prednisolone solución 15 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
PREDNISONO INTENSOL CONCENTRADO 5 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>prednisone solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>prednisone tableta paq. de tratamiento 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prednisone tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 20 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
SOLU-CORTEF INYECCIÓN 1000 MG, 100 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>triamcinolone acetonide inyección 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
AGENTES HIPERGLUCEMIANTES		
<i>diazoxide suspensión 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
ZEGALOGUE INYECCIÓN 0.6 MG/0.6 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine inyección 200 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>betaine anhydrous polvo 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS
<i>cabergoline tableta 0.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>carglumic acid tableta soluble 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
CERDELGA CÁPSULA 84 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días); ACS
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 90 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días); ACS
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días); ACS
CYSTAGON CÁPSULA 150 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS LD
<i>desmopressin acetate inyección 4 µg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>desmopressin acetate solución nasal 0.01 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>desmopressin acetate tableta 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fomepizole inyección 1.5 g/1.5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
GENOTROPIN MINIQUICK INYECCIÓN 0.2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	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 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
GENOTROPIN INYECCIÓN 12 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
INCRELEX INYECCIÓN 40 MG/4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
<i>javygtor paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
<i>javygtor tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
<i>levocarnitine inyección 200 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>levocarnitine solución oral 1 g/10 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>levocarnitine tableta 330 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
LUPRON DEPOT-PED (1 MES) INYECCIÓN 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES) INYECCIÓN 11.25 MG, 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
LUPRON DEPOT-PED (6 MESES) INYECCIÓN 45 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>methergine tableta 0.2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>methylergonovine maleate tableta 0.2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>mifepristone tableta 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>nitisinona cápsula 10 mg, 20 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 100 µg/ml, 200 µg/ml, 50 µg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>octreotide acetate inyección 1000 µg/ml, 500 µg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>raloxifene hydrochloride tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
REVCIVI INYECCIÓN 2.4 MG/1.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
REZDIFFRA TABLETA 100 MG; 60 MG; 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>sapropterin dihydrochloride paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>sapropterin dihydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
SIGNIFOR INYECCIÓN 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
<i>sodium phenylbutyrate polvo 3 g/cdta.</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>sodium phenylbutyrate tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
SOMATULINE DEPOT INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML, 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
SOMAVERT INYECCIÓN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
SYNAREL SOLUCIÓN 2 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>tolvaptan tableta paq. de tratamiento 15 mg; 15 mg, 30 mg; 15 mg, 45 mg; 15 mg, 60 mg; 30 mg, 90 mg; 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>tolvaptan (genérico de Jynarque) tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
VEOZAH TABLETA 45 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>zelvysia paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
PROGESTINAS		
<i>gallifrey tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>megestrol acetate suspensión 625 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>norethindrone acetate tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>progesterone cápsula 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>progesterone inyección 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
AGENTES TIROIDEOS		
<i>levo-t tableta 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 300 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/ML, 500 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 200 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>levothyroxine sodium tableta 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 300 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levoxyl tableta 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>liomny tableta 25 µg, 50 µg, 5 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>liothyronine sodium inyección 10 µg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>liothyronine sodium tableta 25 µg, 50 µg, 5 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>methimazole tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propylthiouracil tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYNTHROID TABLETA 100 MG, 112 MG, 125 MG, 137 MG, 150 MG, 175 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG, 88 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>unithroid tableta 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 300 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>unithroid tabs. 100 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D		
<i>calcitriol cápsula 0.25 µg, 0.5 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>calcitriol inyección 1 µg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>calcitriol oral solución 1 µg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>doxercalciferol inyección 4 µg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>paricalcitol cápsula 1 µg, 2 µg, 4 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>paricalcitol inyección 2 µg/ml, 5 µg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
GASTROINTESTINALES		
ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant cápsula paq. de tratamiento</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>aprepitant cápsula 40 mg, 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>aprepitant cápsula 125 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D MO
<i>compro supositorio 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
DIMENHYDRINATE INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>dronabinol cápsula 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
EMEND SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 125 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>granisetron hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) B/D MO
<i>meclizine hcl tableta 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>meclizine hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>meclizine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>metoclopramide hcl solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>metoclopramide hydrochloride inyección 5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>metoclopramide hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>metoclopramide tabs. bucodispersables que se desintegran 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ondansetron hcl solución 4 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (900 ML por 30 días) B/D MO
<i>ondansetron hcl tableta 24 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D
<i>ondansetron hydrochloride inyección 40 mg/20 ml, 4 mg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ondansetron hydrochloride tableta 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>ondansetron tabs. bucodispersables que se desintegran 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>prochlorperazine edisylate inyección 10 mg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>prochlorperazine maleate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>prochlorperazine supositorio 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>promethazine hcl inyección 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>promethazine hcl supositorio 12.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>promethazine hydrochloride solución simple 6.25 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride solución 6.25 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>promethazine hydrochloride supositorio 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride tableta 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>promethegan supositorio 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>promethegan supositorio 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; HRM
<i>scopolamine parche 72 horas 1 mg/3 días</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimethobenzamide hydrochloride cápsula 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride inyección 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO; HRM
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml, 0.4 mg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml, 1 mg/5 ml, 4 mg/20 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>glycopyrrolate solución oral 1 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>glycopyrrolate tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>methscopolamine bromide tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2		
<i>cimetidine tableta 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>famotidine premixed inyección 0.4 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>famotidine inyección 200 mg/20 ml, 20 mg/2 ml, 40 mg/4 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>famotidine suspensión reconstituida 40 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>famotidine tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nizatidine cápsula 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium cápsula 750 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>budesonide er tableta de liberación prolongada 24 horas 9 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>budesonide cápsula partículas de liberación retardada 3 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>hydrocortisone enema 100 mg/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>mesalamine dr cápsula de liberación retardada 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>mesalamine dr tableta de liberación retardada 1.2 g, 800 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>mesalamine enema 4 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>mesalamine kit 4 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>mesalamine supositorio 1000 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sulfasalazine tableta de liberación retardada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sulfasalazine tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LAXANTES		
CLENPIQ SOLUCIÓN 12 G/175 ML; 3.5 G/175 ML, 10 MG/175 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>constulose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>enuose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>gavilyte-c solución reconstituida 240 g; 2.98 g; 6.72 g; 5.84 g; 22.72 g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>gavilyte-g solución reconstituida 236 g; 2.97 g; 6.74 g; 5.86 g; 22.74 g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>gavilyte-n/paquete saborizado solución reconstituida 420 g; 1.48 g; 5.72 g; 11.2 g</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>generlac solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>kristalose paquete 10 g, 20 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>lactulose paquete 10 g, 20 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>lactulose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>peg-3350/electrolytes solución reconstituida 236 g; 2.97 g; 6.74 g; 5.86 g; 22.74 g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solución reconstituida 420 g; 1.48 g; 5.72 g; 11.2 g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
PLENVU SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 7.54 G; 140 G; 2.2 G; 48.11 G; 5.2 G; 9 G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/ MAGNESIUM SULFATE SOLUCIÓN 1.6 G/177 ML; 3.13 G/177 ML; 17.5 G/177 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL SOLUCIÓN 1.6 G/177 ML; 3.13 G/177 ML; 17.5 G/177 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
SUTAB TABLETA 225 MG; 188 MG; 1479 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VARIOS		
<i>alosetron hydrochloride tableta 0.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>alosetron hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
CREON CÁPSULA PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA 120000 UNIDADES; 24000 UNIDADES; 76000 UNIDADES, 15000 UNIDADES; 3000 UNIDADES; 9500 UNIDADES, 180000 UNIDADES; 36000 UNIDADES; 114000 UNIDADES, 30000 UNIDADES; 6000 UNIDADES; 19000 UNIDADES, 60000 UNIDADES; 12000 UNIDADES; 38000 UNIDADES	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>cromolyn sodium concentrado 100 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfat tableta 0.025 mg; 2.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
<i>diphenoxylate/atropine líquido 0.025 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
GATTEX INYECCIÓN 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LINZESS CÁPSULA 145 MG, 290 MG, 72 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>loperamide hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>lubiprostone capsule 24 µg, 8 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>misoprostol tableta 100 µg, 200 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
MOVANTIK TABLETA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
MOVANTIK TABLETA 12.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sucralfate suspensión 1 g/10 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sucrafate tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ursodiol cápsula 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>ursodiol tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
VOQUEZNA DUAL PAQ. DE TRATAMIENTO 500 MG; 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (224 EA por 365 días) PA MO
VOQUEZNA TRIPLE PAQUETE DE TRATAMIENTO 500 MG; 500 MG; 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (224 EA por 365 días) PA MO
VOWST CÁPSULA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
XERMELO TABLETA 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
XIFAXAN TABLETA 550 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA MO
ZENPEP CÁPSULA CON PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
105000 UNIDADES; 25000 UNIDADES;		
79000 UNIDADES, 14000 UNIDADES;		
3000 UNIDADES; 10000 UNIDADES,		
168000 UNIDADES; 40000 UNIDADES;		
126000 UNIDADES, 24000 UNIDADES;		
5000 UNIDADES; 17000 UNIDADES,		
252600 UNIDADES; 60000 UNIDADES;		
189600 UNIDADES, 42000 UNIDADES;		
10000 UNIDADES; 32000 UNIDADES,		
63000 UNIDADES; 15000 UNIDADES;		
47000 UNIDADES, 84000 UNIDADES;		
20000 UNIDADES; 63000 UNIDADES		
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole cápsula de liberación retardada</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>30 mg, 60 mg</i>		
<i>esomeprazole magnesium cápsula de liberación retardada</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>20 mg, 40 mg</i>		
<i>esomeprazole sodium inyección 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lansoprazole cápsula de liberación prolongada 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (42 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole dr cápsula de liberación prolongada 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole cápsula de liberación retardada 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium inyección 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación prolongada 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rabeprazole sodium tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
GENITOURINARIOS		
<i>HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA</i>		
<i>alfuzosin hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride cápsula 0.5 mg; 0.4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride cápsula 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>finasteride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>silodosin cápsula 4 mg, 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>tadalafil (Cialis genérico) tableta 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>tamsulosin hydrochloride cápsula 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>VARIOS</i>		
<i>acetic acid 0.25 % solución 0.25 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>bethanechol chloride tableta 10 mg, 25 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>potassium citrate er tableta de liberación retardada 540 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>potassium citrate er tableta de liberación prolongada 1080 mg, 15 meq</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS		
<i>fesoterodine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 4 mg, 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
GEMTESA TABLETA 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
MYRBETRIQ SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA ER 8 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (300 ML por 28 días) MO
MYRBETRIQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 25 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>oxybutynin chloride er tableta de liberación retardada 24 horas 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>solifenacin succinate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 2 mg, 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tropium chloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tropium chloride tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate crema 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>metronidazole gel vaginal 0.75 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>miconazole 3 supositorio 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>terconazole crema 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>terconazole supositorio 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO

HEMATOLÓGICOS**ANTICOAGULANTES**

<i>dabigatran etexilate cápsula 110 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dabigatran etexilate cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS PAQ. INICIAL DE TRATAMIENTO 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (74 EA por 30 días) MO
ELIQUIS CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 0.15 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (56 EA por 21 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 0.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (588 EA por 29 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 1.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (591 EA por 29 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (592 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLETA 2.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABLETA 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (74 EA por 30 días) MO
<i>enoxaparin sodium inyección 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 300 mg/3 ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>fondaparinux sodium inyección 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>fondaparinux sodium inyección 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
FRAGMIN INYECCIÓN 10000 UNIDADES/4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FRAGMIN INYECCIÓN 2500 UNIDADES/0.2 ML, 95000 UNIDADES/3.8 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	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 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
HEPARIN SODIUM/D5W INYECCIÓN 5 %; 100 UNIDADES/ML, 5 %; 25000 UNIDADES/500 ML, 5 %; 40 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE INYECCIÓN 5 %; 25000 UNIDADES/250 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
HEPARIN SODIUM/NAACL 0.45 % INYECCIÓN 12500 UNIDADES/250 ML; 0.45 %, 25000 UNIDADES/250 ML; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 25000 UNIDADES/250 ML; 0.45 %, 25000 UNIDADES/500 ML; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
HEPARIN SODIUM INYECCIÓN 5000 UNIDADES/0.5 ML, 5000 UNIDADES/ ML PF	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>heparin sodium inyección 10000 unidades/ ml, 1000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/0.5 ml pf, 5000 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>jantoven tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>rivaroxaban suspensión reconstituida 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (620 ML por 30 días) MO
<i>rivaroxaban tableta 2.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>warfarin sodium tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
XARELTO PAQ. INICIAL TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 15 MG; 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (51 EA por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XARELTO SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 1 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (620 ML por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 2.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO		
PROCRIT INYECCIÓN 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA; ACS
PROCRIT INYECCIÓN 20000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
ZARXIO INYECCIÓN 300 MG/0.5 ML, 480 MG/0.8 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
VARIOS		
ALVAIZ TABLETA 54 MG, 9 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
ALVAIZ TABLETA 18 MG, 36 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>anagrelide hydrochloride cápsula 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
BERINERT INYECCIÓN 500 UNIDADES	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (24 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>cilostazol tableta 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
DOPTELET CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
DOPTELET TABLETA 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
DROXIA CÁPSULA 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
HAEGARDA INYECCIÓN 3000 UNIDADES	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (20 EA por 30 días) PA; ACS LD
HAEGARDA INYECCIÓN 2000 UNIDADES	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>icatibant acetate inyección 30 mg/3 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (27 ML por 30 días) PA; ACS

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>l-glutamine paq. 5 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>pentoxifylline er tableta de liberación prolongada 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sajazir inyección 30 mg/3 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (27 ML por 30 días) PA; LD
SIKLOS TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
SIKLOS TABLETA 1000 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA MO
TAVNEOS CÁPSULA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>tranexamic acid/sodium chloride inyección 0.7 %; 1000 mg/100 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>tranexamic acid inyección 1000 mg/10 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>tranexamic acid tableta 650 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole er cápsula de liberación prolongada 12 horas 25 mg; 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>clopidogrel tableta 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>clopidogrel tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (2 EA por 365 días) MO
<i>dipyridamole tableta 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>prasugrel hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ticagrelor tableta 60 mg, 90 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AGENTES AUTOINMUNITARIOS		
ADALIMUMAB-BWWD INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
BIMZELX INYECCIÓN 160 MG/ML, 320 MG/2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DUPIXENT INYECCIÓN 200 MG/1.14 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (4.56 ML por 28 días) PA; ACS
DUPIXENT INYECCIÓN 300 MG/2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL MINI INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL SURECLICK INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML, 50 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
HADLIMA PUSH TOUCH INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA PUSH TOUCH INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (44.8 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (44.8 ML por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 10 MG/0.1 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (26 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 20 MG/0.2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (52 EA por 365 días) PA; ACS
KINERET INYECCIÓN 100 MG/0.67 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (18.76 ML por 28 días) PA; LD
PYZCHIVA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
RINVOQ LQ SOLUCIÓN 1 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (360 ML por 30 días) PA; ACS
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 45 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (168 EA por 365 días) PA; ACS
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 15 MG, 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SKYRIZI PEN INYECCIÓN 150 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 180 MG/1.2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1.2 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 600 MG/10 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 360 MG/2.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2.4 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 150 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
SOTYKTU TABLETA 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
STELARA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
STELARA INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
STELARA INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
TREMFYA PAQ. DE INDUCCIÓN PARA ENFERMEDAD DE CROHN/COLITIS ULCEROSA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA PEN INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/20 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (20 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIÓN 162°MG/0.9°ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (3.6 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIÓN 200 MG/10 ML, 400 MG/20 ML, 80 MG/4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (40 ML por 28 días) PA; ACS
USTEKINUMAB INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
USTEKINUMAB INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
USTEKINUMAB INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
VELSIPITY TABLETA 2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
XELJANZ XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 11 MG, 22 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
XELJANZ SOLUCIÓN 1 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (480 ML por 24 días) PA; ACS
XELJANZ TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)		
<i>hydroxychloroquine sulfate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
JYLAMVO SOLUCIÓN 2 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>leflunomide tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methotrexate sodium tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
XATMEP SOLUCIÓN 2.5 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
INMUNOGLOBULINAS		
GAMASTAN INYECCIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D; ACS LD
GAMMAKED INYECCIÓN 10 G/100 ML, 1 G/10 ML, 20 G/200 ML, 5 G/50 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
GAMUNEX-C INYECCIÓN 10 G/100 ML, 1 G/10 ML, 2.5 G/25 ML, 20 G/200 ML, 40 G/400 ML, 5 G/50 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OCTAGAM INYECCIÓN 10 G/100 ML, 10 G/200 ML, 2.5 G/50 ML, 20 G/200 ML, 2 G/20 ML, 30 G/300 ML, 5 G/100 ML, 5 G/50 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
PRIVIGEN INYECCIÓN 10 G/100 ML, 20 G/200 ML, 40 G/400 ML, 5 G/50 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE INYECCIÓN 100 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
ARCALYST INYECCIÓN 220 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 0.5 MG, 1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
ASTAGRAF XL CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D MO
AZATHIOPRINE INYECCIÓN 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>azathioprine tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
BENLYSTA INYECCIÓN 200 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
<i>cyclosporine modified cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>cyclosporine modified solución 100 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>cyclosporine cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>everolimus tableta 0.25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>everolimus tableta 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D MO
<i>gengraf cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>mycophenolate mofetil cápsula 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mycophenolate mofetil inyección 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil suspensión reconstituida 200 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
<i>mycophenolic acid dr tableta de liberación retardada 180 mg, 360 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
NULOJIX INYECCIÓN 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D
PROGRAF PAQ. 0.2 MG, 1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
REZUROCK TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
<i>sirolimus solución 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D MO
<i>sirolimus tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>tacrolimus cápsula 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
VACUNAS		
ABRYSVO INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (1 EA por 999 días) PA
ACTHIB INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
ADACEL INYECCIÓN 2 LF/0.5 ML; 15.5 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
AREXVY INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (1 EA por 999 días) PA
BCG VACUNA INYECCIÓN 50 MG	\$0 para el Nivel 1	
BEXSERO INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
BOOSTRIX INYECCIÓN 2.5 LF/0.5 ML; 18.5 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
DAPTACEL INYECCIÓN 15 LF/0.5 ML; 23 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DENVAXIA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
ENGERIX-B INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
GARDASIL 9 INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
HAVRIX INYECCIÓN 1440 UNIDADES/ML, 720 ELU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
HEPLISAV-B INYECCIÓN 20 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
HIBERIX INYECCIÓN 10 MG	\$0 para el Nivel 1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INYECCIÓN 2.5 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
INFANRIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
IPOL INACTIVADA IPV INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
IXIARO INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
JYNNEOS INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
KINRIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
M-M-R II INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
MENQUADFI INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
MENVEO INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
MRESVIA INYECCIÓN 50 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (0.5 ML por 999 días) PA
PEDIARIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 10 MG/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
PEDVAX HIB INYECCIÓN 7.5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PENBRAYA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
PENMENVY INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
PENTACEL INYECCIÓN 15 LFU/0.5 ML; 48 MG/0.5 ML; 5 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
PRIORIX INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
PROQUAD INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
QUADRACEL INYECCIÓN 15 LFU/0.5 ML; 48 MG/0.5 ML; 5 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
RABAVERT INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	B/D
RECOMBIVAX HB INYECCIÓN 10 MG/ML, 40 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
ROTARIX SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	
ROTATEQ SOLUCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
SHINGRIX JERINGA PRECARGADA INYECTABLE 50 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 999 días)
INYECCIÓN EN VIAL SHINGRIX 50 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 999 días)
TENIVAC INYECCIÓN 2 LFU; 5 LFU	\$0 para el Nivel 1	
TICOVAC INYECCIÓN 1.2 MG/0.25 ML, 2.4 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
TRUMENBA INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
TWINRIX INYECCIÓN 720 ELU/ML; 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
TYPHIM VI INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
VAQTA INYECCIÓN 25 UNIDADES/0.5 ML, 50 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VARIVAX INYECCIÓN 1350 PFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
VAXCHORA SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	
VIMKUNYA INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
VIVOTIF CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	\$0 para el Nivel 1	MO
YF-VAX INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	

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

DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE N.º 48 VIAFLEX INYECCIÓN 24 MEQ/L; 5 %; 23 MEQ/L; 3 MEQ/L; 3 MEQ/L; 20 MEQ/L; 25 MEQ/L	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 % INYECCIÓN 10 %; 0.2 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 10 %; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 2.5 %; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS INYECCIÓN 2.7 MEQ/L; 109 MEQ/L; 5 %; 28 MEQ/L; 4 MEQ/L; 130 MEQ/L	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 % INYECCIÓN 5 %; 0.2 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 % inyección 5 %; 0.3 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.33 % INYECCIÓN 5 %; 0.33 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 % INYECCIÓN 5 %; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dextrose/sodium chloride inyección 5 %; 0.225 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5 % INYECCIÓN 23 MEQ/L; 23 MEQ/L; 5 %; 3 MEQ/L; 3 MEQ/L; 20 MEQ/L; 25 MEQ/L	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
ISOLYTE-S PH 7.4 INYECCIÓN 27 MEQ/1000 ML; 98 MEQ/1000 ML; 23 MEQ/1000 ML; 3 MEQ/1000 ML; 1 MEQ/1000 ML; 5 MEQ/1000 ML; 141 MEQ/1000 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
ISOLYTE-S INYECCIÓN 27 MEQ/L; 98 MEQ/L; 23 MEQ/L; 3 MEQ/L; 5 MEQ/L; 140 MEQ/L	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
KCL 0.075 %/D5W/NACL 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 10 MEQ/L; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.2 % INYECCIÓN 5 %; 20 MEQ/L; 0.2 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 20 MEQ/L; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.9 % INYECCIÓN 5 %; 20 MEQ/L; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 40 MEQ/L; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.9 % INYECCIÓN 5 %; 40 MEQ/L; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>lactated ringers inyección 3 meq/l; 109 meq/l; 28 meq/l; 4 meq/l; 130 meq/l</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
MAGNESIUM SULFATE INYECCIÓN 20 G/500 ML, 40 G/1000 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>magnesium sulfate inyección 2 g/50 ml, 3 g/100 ml, 4 g/100 ml, 4 g/50 ml, 50 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>inyección de electrolitos múltiples tipo 1: 27 meq/l, 98 meq/l, 23 meq/l, 3 meq/l, 5 meq/l, 140 meq/l</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/ SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 5 %; 0.15 %; 0.225 %, 5 %; 10 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 20 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 20 MEQ/L; 0.9 %, 5 %; 30 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 40 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 40 MEQ/L; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE INYECCIÓN 5 %; 10 MEQ/L, 5 %; 20 MEQ/L	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride/sodium chloride inyección 20 meq/l; 0.45 %, 20 meq/l; 0.9 %, 40 meq/l; 0.9 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
POTASSIUM CHLORIDE INYECCIÓN 0.4 MEQ/ML, 10 MEQ/100 ML, 10 MEQ/50 ML, 20 MEQ/100 ML, 40 MEQ/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride inyección 2 meq/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
RINGERS INYECCIÓN 4.5 MEQ/L; 156 MEQ/L; 4 MEQ/L; 147 MEQ/L	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
SODIUM BICARBONATE INYECCIÓN 7.5 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>sodium bicarbonate inyección 4.2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>sodium bicarbonate inyección 8.4 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sodium chloride 0.45 % inyección 0.45 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 2.5 MEQ/ML, 5 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sodium chloride inyección 0.9 %, 3 %, 4 meq/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
TPN ELECTROLYTES INYECCIÓN 29.5 MEQ/20 ML; 4.5 MEQ/20 ML; 35 MEQ/20 ML; 5 MEQ/20 ML; 20 MEQ/20 ML; 35 MEQ/20 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL		
<i>effer-k tableta efervescente 25 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>fluoride tableta masticable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>klor-con 10 tableta de liberación prolongada 10 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>klor-con 8 tableta de liberación prolongada 8 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>klor-con m10 tableta de liberación prolongada 10 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>klor-con m15 tableta de liberación prolongada 15 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>klor-con m20 tableta de liberación prolongada 20 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>klor-con/ef tableta efervescente 25 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>klor-con paquete 20 meq</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
M-NATAL PLUS TABLETA 120 MG; 200 MG; 400 UNIDADES; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 4000 UNIDADES; 3 MG; 1.84 MG; 22 UNIDADES; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>multi vitamin/fluoride tableta masticable 60 mg; 400 unidades; 4.5 µg; 0.3 mg; 13.5 mg; 1.05 mg; 1.2 mg; 1 mg; 1.05 mg; 15 unidades; 2500 unidades</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>multi-vitamin/fluoride gotas suspensión 35 mg/ml; 400 unidades/ml; 2 µg/ml; 0.25 mg/ml; 8 mg/ml; 0.4 mg/ml; 1500 unidades/ml; 0.6 mg/ml; 0.5 mg/ml; 5 unidades/ml, 35 mg/ml; 400 unidades/ml; 2 µg/ml; 8 mg/ml; 0.4 mg/ml; 1500 unidades/ml; 0.6 mg/ml; 0.5 mg/ml; 0.5 mg/ml; 5 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>multi-vitamin/fluoride/iron solución 35 mg/ml; 400 unidades/ml; 10 mg/ml; 8 mg/ml; 0.4 mg/ml; 1500 unidades/ml; 0.6 mg/ml; 0.25 mg/ml; 0.5 mg/ml; 5 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>multivitamin/fluoride tableta masticable 60 mg; 4.5 µg; 300 µg; 13.5 mg; 1.05 mg; 1.2 mg; 0.25 mg; 1.05 mg; 2500 unidades, 400 unidades; 15 unidades, 60 mg; 4.5 µg; 300 µg; 13.5 mg; 1.05 mg; 1.2 mg; 0.5 mg; 1.05 mg; 2500 unidades; 400 unidades; 15 unidades</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
NEONATAL PLUS TABLETA 20 MG; 0.2 MG; 200 MG; 10 MG; 2 MG; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1000 MG; 5 MG; 20 MG; 10 MG; 1200 MG; 3 MG; 1.84 MG; 9.2 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NIVA-PLUS TABLETA 120 MG; 200 MG; 400 UNIDADES; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 4000 UNIDADES; 3 MG; 1.84 MG; 22 UNIDADES; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN TABLETA 120 MG; 200 MG; 400 UNIDADES; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 4000 UNIDADES; 3 MG; 1.84 MG; 22 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>potassium chloride er cápsula de liberación prolongada 10 meq, 8 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>potassium chloride er tableta de liberación prolongada 10 meq, 15 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>potassium chloride paquete 20 meq</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>potassium chloride solución oral 10 %, 20 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
PRENATAL PLUS VITAMINA Y MINERALES TABLETA 120 MG; 200 MG; 12 MG; 2 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 3 MG; 1.84 MG; 1200 MG; 10 MG; 9.9 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
TABLETA PRENATAL 120 MG; 200 MG; 10 MG; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 1200 MG; 3 MG; 1.84 MG; 10 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>sodium fluoride solución 0.5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sodium fluoride tableta masticable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>tri-vite/fluoride solución 35 mg/ml; 0.25 mg/ml; 1500 unidades/ml; 400 unidades/ml, 35 mg/ml; 0.5 mg/ml; 1500 unidades/ml; 400 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
WESTAB PLUS TABLETA 120 MG; 200 MG; 10 MG; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 3 MG; 1.84 MG; 9.9 MG; 1200 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NUTRICIÓN INTRAVENOSA		
AMINOSYN II INYECCIÓN 107.6 MEQ/L; 1490 MG/100 ML; 1527 MG/100 ML; 1050 MG/100 ML; 1107 MG/100 ML; 750 MG/100 ML; 450 MG/100 ML; 990 MG/100 ML; 1500 MG/100 ML; 1575 MG/100 ML; 258 MG/100 ML; 405 MG/100 ML; 447 MG/100 ML; 1083 MG/100 ML; 795 MG/100 ML; 50 MEQ/L; 600 MG/100 ML; 300 MG/100 ML; 750 MG/100 ML, 993 MG/100 ML; 1018 MG/100 ML; 700 MG/100 ML; 738 MG/100 ML; 500 MG/100 ML; 300 MG/100 ML; 660 MG/100 ML; 1000 MG/100 ML; 1050 MG/100 ML; 172 MG/100 ML; 270 MG/100 ML; 298 MG/100 ML; 722 MG/100 ML; 530 MG/100 ML; 400 MG/100 ML; 200 MG/100 ML; 500 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
AMINOSYN-PF 7 % INYECCIÓN 32.5 MEQ/L; 490 MG/100 ML; 861 MG/100 ML; 370 MG/100 ML; 576 MG/100 ML; 270 MG/100 ML; 220 MG/100 ML; 534 MG/100 ML; 831 MG/100 ML; 475 MG/100 ML; 125 MG/100 ML; 300 MG/100 ML; 570 MG/100 ML; 347 MG/100 ML; 50 MG/100 ML; 360 MG/100 ML; 125 MG/100 ML; 44 MG/100 ML; 452 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
AMINOSYN-PF INYECCIÓN 46 MEQ/L; 698 MG/100 ML; 1227 MG/100 ML; 527 MG/100 ML; 820 MG/100 ML; 385 MG/100 ML; 312 MG/100 ML; 760 MG/100 ML; 1200 MG/100 ML; 677 MG/100 ML; 180 MG/100 ML; 427 MG/100 ML; 812 MG/100 ML; 495 MG/100 ML; 70 MG/100 ML; 512 MG/100 ML; 180 MG/100 ML; 44 MG/100 ML; 673 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 10 % INYECCIÓN 37 MEQ/L; 880 MG/100 ML; 489 MG/100 ML; 17 MEQ/L; 10 G/100 ML; 438 MG/100 ML; 204 MG/100 ML; 255 MG/100 ML; 311 MG/100 ML; 247 MG/100 ML; 170 MG/100 ML; 238 MG/100 ML; 289 MG/100 ML; 213 MG/100 ML; 179 MG/100 ML; 77 MG/100 ML; 17 MG/100 ML; 247 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 5 % INYECCIÓN 37 MEQ/L; 880 MG/100 ML; 489 MG/100 ML; 17 MEQ/L; 5 G/100 ML; 438 MG/100 ML; 204 MG/100 ML; 255 MG/100 ML; 311 MG/100 ML; 247 MG/100 ML; 170 MG/100 ML; 238 MG/100 ML; 289 MG/100 ML; 213 MG/100 ML; 179 MG/100 ML; 77 MG/100 ML; 17 MG/100 ML; 247 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 15 % INYECCIÓN 42 MEQ/1000 ML; 1035 MG/100 ML; 575 MG/100 ML; 20 MEQ/1000 ML; 15 G/100 ML; 515 MG/100 ML; 240 MG/100 ML; 300 MG/100 ML; 365 MG/100 ML; 290 MG/100 ML; 200 MG/100 ML; 280 MG/100 ML; 340 MG/100 ML; 250 MG/100 ML; 210 MG/100 ML; 90 MG/100 ML; 20 MG/100 ML; 290 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 20 % INYECCIÓN 42 MEQ/L; 1035 MG/100 ML; 575 MG/100 ML; 20 MEQ/L; 20 G/100 ML; 515 MG/100 ML; 240 MG/100 ML; 300 MG/100 ML; 365 MG/100 ML; 290 MG/100 ML; 200 MG/100 ML; 280 MG/100 ML; 340 MG/100 ML; 250 MG/100 ML; 210 MG/100 ML; 90 MG/100 ML; 20 MG/100 ML; 290 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLINIMIX 6/5 INYECCIÓN 1242 MG/100 ML; 690 MG/100 ML; 5 G/100 ML; 618 MG/100 ML; 288 MG/100 ML; 360 MG/100 ML; 438 MG/100 ML; 348 MG/100 ML; 240 MG/100 ML; 336 MG/100 ML; 408 MG/100 ML; 300 MG/100 ML; 252 MG/100 ML; 108 MG/100 ML; 24 MG/100 ML; 348 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 8/10 INYECCIÓN 1656 MG/100 ML; 920 MG/100 ML; 10 G/100 ML; 824 MG/100 ML; 384 MG/100 ML; 480 MG/100 ML; 584 MG/100 ML; 464 MG/100 ML; 320 MG/100 ML; 448 MG/100 ML; 544 MG/100 ML; 400 MG/100 ML; 336 MG/100 ML; 144 MG/100 ML; 32 MG/100 ML; 464 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 8/14 INYECCIÓN 1656 MG/100 ML; 920 MG/100 ML; 14 G/100 ML; 824 MG/100 ML; 384 MG/100 ML; 480 MG/100 ML; 584 MG/100 ML; 464 MG/100 ML; 320 MG/100 ML; 448 MG/100 ML; 544 MG/100 ML; 400 MG/100 ML; 336 MG/100 ML; 144 MG/100 ML; 32 MG/100 ML; 464 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>clinisol sf 15 % inyección 151 meq/l; 2170 mg/100 ml; 1470 mg/100 ml; 434 mg/100 ml; 749 mg/100 ml; 1040 mg/100 ml; 894 mg/100 ml; 749 mg/100 ml; 1040 mg/100 ml; 1180 mg/100 ml; 749 mg/100 ml; 1040 mg/100 ml; 894 mg/100 ml; 592 mg/100 ml; 749 mg/100 ml; 250 mg/100 ml; 39 mg/100 ml; 960 mg/100 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
CLINOLIPID INYECCIÓN 1.2 G/100 ML; 2.25 G/100 ML; 16 G/100 ML; 4 G/100 ML <i>dextrose 10 % inyección 10 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3) \$0 para el Nivel 2	B/D
DEXTROSE 30 % INYECCIÓN 30 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dextrose 5 % inyección 5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
DEXTROSE 50 % INYECCIÓN 50 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D
DEXTROSE 70 % INYECCIÓN 70 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D
DEXTROSE INYECCIÓN 20 %, 40 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D
GLUCOSE (DEXTROSE) 50 % INYECCIÓN 50 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D
GLUCOSE (DEXTROSE) 70 % INYECCIÓN 70 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D
NUTRILIPID INYECCIÓN 20 G/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>plenamine inyección 147.4 meq/l; 2.17 g/100 ml; 1.47 g/100 ml; 434 mg/100 ml; 749 mg/100 ml; 1.04 g/100 ml; 894 mg/100 ml; 749 mg/100 ml; 1.04 g/100 ml; 1.18 g/100 ml; 749 mg/100 ml; 1.04 g/100 ml; 894 mg/100 ml; 592 mg/100 ml; 749 mg/100 ml; 250 mg/100 ml; 39 mg/100 ml; 960 mg/100 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
PREMASOL INYECCIÓN 52 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 880 MG/100 ML; 34 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 372 MG/100 ML; 406 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 390 MG/100 ML; 34 MG/100 ML; 152 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D
PROSOL INYECCIÓN 140 MEQ/100 ML; 2.76 G/100 ML; 1.96 G/100 ML; 600 MG/100 ML; 1.02 G/100 ML; 2.06 G/100 ML; 1.18 G/100 ML; 1.08 G/100 ML; 1.08 G/100 ML; 1.35 G/100 ML; 760 MG/100 ML; 1 G/100 ML; 1.34 G/100 ML; 1.02 G/100 ML; 980 MG/100 ML; 320 MG/100 ML; 50 MG/100 ML; 1.44 G/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRAVASOL INYECCIÓN 52 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 880 MG/100 ML; 34 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 372 MG/100 ML; 406 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 500 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 390 MG/100 ML; 34 MG/100 ML; 152 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
TROPHAMINE INYECCIÓN 0.54 G/100 ML; 1.2 G/100 ML; 0.32 G/100 ML; 0.5 G/100 ML; 0.36 G/100 ML; 0.48 G/100 ML; 0.82 G/100 ML; 1.4 G/100 ML; 1.2 G/100 ML; 0.34 G/100 ML; 0.48 G/100 ML; 0.68 G/100 ML; 0.38 G/100 ML; 5 MEQ/L; 0.025 G/100 ML; 0.42 G/100 ML; 0.2 G/100 ML; 0.24 G/100 ML; 0.78 G/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
OFTÁLMICO		
ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS		
<i>loteprednol etabonate/tobramycin suspensión</i> 0.5 %; 0.3 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>neo-polycin hc pomada</i> 400 unidades/g; 1 %; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g	\$0 para el Nivel 2	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone pomada</i> 400 unidades/g; 1 %; 0.5 %; 10000 unidades/g	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone pomada</i> 0.1 %; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone suspensión</i> 0.1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspensión oftálmica</i> 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate solución</i> 0.23 %; 10 %	\$0 para el Nivel 2	MO
TOBRADEX ST SUSPENSIÓN 0.05 %; 0.3 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
TOBRADEX POMADA 0.1 %; 0.3 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tobramycin/dexamethasone suspensión 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
ZYLET SUSPENSIÓN 0.5 %; 0.3 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
ANTIINFECCIOSOS		
<i>bacitracin/polymyxin b pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>bacitracin pomada 500 unidades/g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
BESIFLOXACIN HYDROCHLORIDE SUSPENSION AL 0.6 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
BESIVANCE SUSPENSIÓN 0.6 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
CILOXAN POMADA 0.3 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride solución 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>erythromycin pomada 5 mg/g</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (42 G por 30 días) MO
<i>gatifloxacin solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 1.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Vigamox) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Moxeza) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (12 ML por 30 días) MO
NATACYN SUSPENSIÓN 5 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>neo-polycin pomada 400 unidades/g; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin pomada 400 unidades/g; 5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin solución 0.025 mg/ml; 1.75 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ofloxacin solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>polycin pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solución 10000 unidades/ml; 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sulfacetamide sodium pomada 10 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sulfacetamide sodium solución 10 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>tobramycin solución 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>trifluridine solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
XDEMZY SOLUCIÓN 0.25 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (10 ML por 42 días) PA; ACS LD
ZIRGAN GEL 0.15 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
ANTIINFLAMATORIOS		
<i>bromfenac sodium solución 0.07 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>bromfenac sodium solución 0.075 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>bromfenac solución 0.09 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>diclofenac sodium solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>difluprednate emulsión 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
FLAREX SUSPENSIÓN 0.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>fluorometholone suspensión 0.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>flurbiprofen sodium solución 0.03 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ketorolac tromethamine solución 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
LOTEMAX SM GEL 0.38 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
LOTEMAX POMADA 0.5 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>loteprednol etabonate gel 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>loteprednol etabonate suspensión 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>loteprednol etabonate suspensión 0.2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>prednisolone acetate suspensión 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cromolyn sodium solución 4 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>epinastine hcl solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
ZERVIAE SOLUCIÓN 0.24 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
ANTIGLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate solución 0.2 %; 0.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>brimonidine tartrate solución 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>brimonidine tartrate solución 0.15 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>brinzolamide suspensión 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>carteolol hcl solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
COMBIGAN SOLUCIÓN 0.2 %; 0.5 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate solución 22.3 mg/ml; 6.8 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf solución 2 %; 0.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dorzolamide hydrochloride solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>latanoprost solución 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levobunolol hcl solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LUMIGAN SOLUCIÓN 0.01 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
PHOSPHOLINE IODIDE SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 0.125 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS LD
<i>pilocarpine hcl solución 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>pilocarpine hydrochloride solución 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
RHOPRESSA SOLUCIÓN 0.02 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
ROCKLATAN SOLUCIÓN 0.005 %; 0.02 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
SIMBRINZA SUSPENSIÓN 0.2 %; 1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>timolol maleate gel oftálmico formador de gel solución formadora 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>timolol maleate (genérico de Timoptic) soln. 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>timolol maleate once-daily ophthalmic (generic Istalol) soln 0.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>travoprost solución 0.004 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
VYZULTA SOLUCIÓN 0.024 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
VARIOS		
<i>atropine sulfate solución 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
CYSTARAN SOLUCIÓN 0.44 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
EYSUVIS SUSPENSIÓN 0.25 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
MIEBO SOLUCIÓN 1.338 G/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>proparacaine hcl solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
RESTASIS MULTIDOSE EMULSIÓN 0.05 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (5.5 ML por 30 días) MO
RESTASIS EMULSIÓN 0.05 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
XIIDRA SOLUCIÓN 5 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
ÓTICOS		
AGENTES ÓTICOS		
<i>acetic acid solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
CIPRO HC SUSPENSIÓN 0.2 %; 1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride/hydrocortisone suspensión 0.2 %; 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ciprofloxacin/dexamethasone suspensión 0.3 %; 0.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ciprofloxacin solución 0.2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>flac aceite 0.01 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluocinolone acetone aceite 0.01 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone/acetic acid solución 2 %; 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hc solución 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspensión ótica 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ofloxacin solución ótica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

RESPIRATORIOS**COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS/BETA AGONISTAS**

ANORO ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 62.5 MG/PULVERIZACIÓN; 25 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
BEVESPI AEROSPHERE AEROSOL 4.8 MG/PULVERIZACIÓN; 9 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (10.7 G por 30 días) MO
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160 MG/PULVERIZACIÓN; 4.8 MG/PULVERIZACIÓN; 9 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (10.7 G por 30 días) MO
COMBIVENT RESPIMAT SOLUCIÓN EN AEROSOL 100 MG/PULVERIZACIÓN; 20 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (8 G por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate solución 2.5 mg/3 ml; 0.5 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/PULVERIZACIÓN; 62.5 MG/PULVERIZACIÓN; 25 MG/PULVERIZACIÓN, 200 MG/INH; 62.5 MG/INH; 25 MG/INH	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO

ANTICOLINÉRGICOS

ATROVENT HFA SOLUCIÓN EN AEROSOL 17 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (25.8 G por 30 días) MO
INCRUSE ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 62.5 MG/INH	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide solución para inhalación 0.02 %</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>ipratropium bromide solución nasal 0.03 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 ML por 28 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ipratropium bromide solución nasal 0.06 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (45 ML por 30 días) MO
SPIRIVA RESPIMAT SOLUCIÓN EN AEROSOL 1.25 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (4 G por 30 días) MO
ANTIHIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hydrochloride solución 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 ML por 25 días) MO
CARBINOXAMINE MALEATE ER SUSPENSIÓN DE LIBERACIÓN PROLONGADA 4 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>carbinoxamine maleate solución 4 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>carbinoxamine maleate tableta 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>cetirizine hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>clemastine fumarate tableta 2.68 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO
<i>cyproheptadine hcl jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>cyproheptadine hydrochloride tableta 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>desloratadine tabs. bucodispersables que se desintegran 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>desloratadine tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>diphenhydramine hydrochloride inyección 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>hydroxyzine hcl tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride inyección 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride jarabe 10 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride tableta 10 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydroxyzine pamoate cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>levocetirizine dihydrochloride solución 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>levocetirizine dihydrochloride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olopatadine hcl solución 0.6 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30.5 G por 30 días) MO
BETA AGONISTAS		
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de Proventil HFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (13.4 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de ProAir HFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	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 2	QL (36 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate solución de nebulización 0.083 %, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>albuterol sulfate jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>albuterol sulfate tableta 2 mg, 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>levalbuterol hcl solución de nebulización 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>levalbuterol hcl solución de nebulización 0.31 mg/3 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>levalbuterol hydrochloride solución de nebulización 0.63 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA AEROSOL 45 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>levalbuterol solución de nebulización 1.25 mg/0.5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
SEREVENT DISKUS AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 50 MG/DOSIS	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>terbutaline sulfate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>terbutaline sulfate tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium paquete 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium tableta masticable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zafirlukast tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine solución para inhalación 10 %, 20 %</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>aminophylline inyección 25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cromolyn sodium solución de nebulización 20 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>epinephrine inyección 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (2 EA por 30 días) MO
<i>FASENRA PEN INYECCIÓN 30 MG/ML</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD
<i>FASENRA INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS LD
<i>FASENRA INYECCIÓN 30 MG/ML</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD
<i>KALYDECO PAQUETE 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>KALYDECO TABLETA 150 MG</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>OFEV CÁPSULA 100 MG, 150 MG</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>ORKAMBI PAQUETE 125 MG; 100 MG, 188 MG; 150 MG, 94 MG; 75 MG</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>ORKAMBI TABLETA 125 MG; 100 MG, 125 MG; 200 MG</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pirfenidone cápsula 267 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tableta 267 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tableta 534 mg, 801 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
PROLASTIN-C INYECCIÓN 1000 MG/20 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
PULMOZYME SOLUCIÓN 2.5 MG/2.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
<i>roflumilast tableta 250 µg, 500 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 12 horas 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>theophylline solución 80 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK TABLETA PAQUETE DE TRATAMIENTO 100 MG; 75 MG; 50 MG, 50 MG; 37.5 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
TRIKAFTA THERAPY PACK PAQUETE DE TRATAMIENTO 100 MG; 75 MG; 50 MG, 80 MG; 60 MG; 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
XOLAIR INYECCIÓN 150 MG/ML, 150 MG, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
ESTEROIDES NASALES		
<i>flunisolide solución 0.025 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate suspensión 50 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (16 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate suspensión 50 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (34 G por 30 días) MO
XHANCE SUSPENSIÓN PARA EXHALADOR 93 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (32 ML por 30 días) PA MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INHALANTES ESTEROIDEOS		
ALVESCO SOLUCIÓN EN AEROSOL 160 MG/ PULVERIZACIÓN, 80 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (12.2 G por 30 días) MO
ARNUITY ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/PULVERIZACIÓN; 200 MG/ PULVERIZACIÓN; 50 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>budesonide suspensión 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ESTEROIDES		
AIRSUPRA AEROSOL 90 MG/ PULVERIZACIÓN; 80 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (32.1 G por 30 días) MO
BREO ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/ PULVERIZACIÓN; 25 MG/PULVERIZACIÓN, 200 MG/INH; 25 MG/INH, 50 MG/INH; 25 MG/ INH	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate aerosol 160 µg/pulverización; 4.5 µg/pulverización 80 µg/ pulverización; 4.5 µg/pulverización</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (10.2 G por 30 días) MO
DULERA AEROSOL 5 MG/PULVERIZACIÓN; 100 MG/PULVERIZACIÓN, 5 MG/ PULVERIZACIÓN; 200 MG/PULVERIZACIÓN, 5 MG/PULVERIZACIÓN; 50 MG/ PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (13 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus (Advair Diskus genérico) aerosol polvo activado para el aliento 100 µg/pulverización; 50 µg/ pulverización, 250 µg/pulverización; 50 µg/ pulverización, 500 µg/pulverización, 50 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
FLUTICASONE PROPIONATE/SALMETEROL HFA (ADVAIR HFA GENÉRICO) AEROSOL 115 MG/PULVERIZACIÓN; 21 MG/ PULVERIZACIÓN, 230 MG/PULVERIZACIÓN; 21 MG/PULVERIZACIÓN, 45 MG/ PULVERIZACIÓN; 21 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (12 G por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol polvo activado para el aliento 500 µg/pulverización; 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>wixela inhub aerosol polvo activado para el aliento 100 µg/pulverización; 50 µg/pulverización, 250 µg/pulverización; 50 µg/pulverización, 500 µg/pulverización; 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
TÓPICO		
DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
<i>accutane cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>amnesteem cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>claravis cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>clindacin espuma 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días)
<i>clindamycin phosphate (una vez al día) gel frasco al 1 %.</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate (dos veces al día) gel tubo al 1 %.</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (75 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate espuma 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate loción 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate solución externa 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>dapsone gel 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ery apósito 2 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>erythromycin/benzoyl peroxide gel 5 %; 3 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin gel 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>erythromycin solución 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>isotretinoin cápsula 10 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>sulfacetamide sodium loción 10 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>tretinoin crema 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>tretinoin gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>zenatane cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
<i>gentamicin sulfate crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate pomada 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mupirocin crema 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mupirocin pomada 2 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
<i>silver sulfadiazine crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
SSD CREMA 1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
SULFAMYLON CREMA 85 MG/G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIMICÓTICOS		
<i>ciclopirox nail lacquer solución 8 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (6.6 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox olamine crema 0.77 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox gel 0.77 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox champú 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox suspensión 0.77 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 ML por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crema 0.05 %; 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>econazole nitrate crema 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (85 G por 30 días) MO
ERTACZO CREMA 2 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole foam 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole champú 2 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ketodan espuma 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días)
<i>klayesta polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días)
<i>nyamyc polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días)
<i>nystatin crema 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin pomada 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 G por 30 días) MO
<i>nystop polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 G por 30 días)
<i>selenium sulfide loción 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin cápsula 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>calcipotriene crema 0.005 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) PA MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcipotriene pomada 0.005 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene solución 0.005 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 ML por 30 días) PA MO
<i>calcitrene pomada 0.005 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) PA MO
CALCITRIOL POMADA 3 MG/G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (800 G por 28 días) PA MO
<i>methoxsalen cápsula 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>tazarotene crema 0.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>tazarotene crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>tazarotene gel 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (100 G por 30 días) PA MO
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>alclometasone dipropionate crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>alclometasone dipropionate pomada 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate augmented crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented loción 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented pomada 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate loción 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate pomada 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>betamethasone valerate crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone valerate loción 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone valerate pomada 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate e crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate gel 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate pomada 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate champú 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate solución 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (50 ML por 30 días) MO
<i>clodan champú 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (118 ML por 30 días)
<i>desonide crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desonide pomada 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone crema 0.25 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone pomada 0.25 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide aceite para el cuerpo 0.01 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide scalp aceite para el cuero cabelludo 0.01 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crema 0.025 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crema 0.01 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinolone acetonide pomada 0.025 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide solución 0.01 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluocinonide emulsified base crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide gel 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide pomada 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide solución 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate pomada 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (50 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate pomada 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone valerate pomada 0.2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>hydrocortisone crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone loción 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone pomada 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>hydrocortisone pomada 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (45 G por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mometasone furoate pomada 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (45 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate solución 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide crema 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>triamcinolone acetonide crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (454 G por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide loción 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (15 G por 30 días) MO
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine/prilocaine crema 2.5 %; 2.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>lidocaine pomada 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (35.44 G por 30 días) PA MO
<i>lidocaine parche 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>lidocaine parche 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>tridacaine ii parche 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>tridacaine parche 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>ammonium lactate crema 12 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ammonium lactate loción 12 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>azelaic acid gel 15 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>bexarotene gel 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) PA; ACS

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac sodium solución externa 1.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (300 ML por 28 días) MO
<i>doxepin hydrochloride crema 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>doxycycline cápsula de liberación prolongada 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
EUCRISA POMADA 2 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) PA MO
FLUOROURACIL CREMA 0.5 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 G por 30 días) PA MO
<i>fluorouracil crema 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (40 G por 30 días) MO
<i>fluorouracil solución 2 %, 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone perianal crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>hydrocortisone perianal crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
IMIQUIMOD PUMP CREMA 3.75 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (15 G por 28 días) MO
<i>imiquimod crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (24 EA por 30 días) MO
<i>imiquimod crema 3.75 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (28 EA por 28 días) MO
<i>metronidazole crema 0.75 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>metronidazole gel 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>metronidazole gel 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>metronidazole loción 0.75 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nitroglycerin pomada 0.4 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) MO
NORITATE CREMA 1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PANRETIN GEL 0.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) PA
<i>pimecrolimus crema 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>podofilox solución 0.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>procto-med hc crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días)
<i>proctocort crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>proctosol hc crema 2.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días)
<i>proctozone-hc crema 2.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días)
<i>tacrolimus pomada 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
VALCHLOR GEL 0.016 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) PA; LD
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
<i>malathion loción 0.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>permethrin crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS		
SANTYL POMADA 250 UNIDADES/G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 G por 30 días) MO
<i>sodium chloride 0.9 % solución 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
AGENTES DENTALES/FARÍNGEOS/BUCALES		
<i>cevimeline hydrochloride cápsula 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>chlorhexidine gluconate solución 0.12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clinpro 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clotrimazole past. para chup. 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dentagel gel 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>fluoridex daily defense pasta 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluorimax 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>fraiche 5000 gel dental 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>just right 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>kourzeq pasta 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lidocaine hydrochloride viscous solución 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>lidocaine viscous solución 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nystatin suspensión 100000 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>oralone pasta dental 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>periogard solución 0.12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>pilocarpine hydrochloride tableta 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT GEL 5 %; 1.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sf gel 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium fluoride 5000 ppm sequedad bucal gel 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm pasta 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
SODIUM FLUORIDE/POTASSIUM NITRATE/ SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>triamcinolone acetonide pasta dental 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

NO CUBIERTO POR LA PARTE D DE MEDICARE

No cubierto por la Parte D de Medicare

<i>a & d zinc oxide crema</i>	\$0	*
<i>a thru z advantage tableta 120 mg; 40 µg; 60 µg; 100 mg; 10 mg; 72 mg; 120 µg; 2 mg; 18 µg; 400 unidades; 18 mg; 400 µg; 60 mg; 150 µg; 50 mg; 40 mg; 4 mg; 40 mg; 5 µg; 48 mg; 25 µg; 80 mg; 6 mg; 5000 unidades; 5.1 mg; 4 mg; 10 µg; 75 µg; 70 µg; 10 µg; 4.5 mg; 60 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>a+d first aid pomada 15.5 %; 53.4 %</i>	\$0	*
<i>a+d prevent pomada 15.5 %; 53.4 %</i>	\$0	*
<i>acerola c 500 oblea 500 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophenacetaminophen er 8 horas arthritis pain relief tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen extra strength líquido 500 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen extra strength tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen junior strength tabletas que se desintegran 160 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen líquido 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen pm extra strength tableta 500 mg; 25 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen rapid tabs childrens tabletas que se desintegran 80 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen solución 160 mg/5 ml</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetaminophen supositorio 120 mg, 650 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>acid gone suspensión 95 mg/15 ml; 358 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>acid reducer maximum strength tableta 20 mg</i>	\$0	*
<i>acid reducer tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>acidophilus lactobacilli cápsula</i>	\$0	*
<i>acidophilus pearls cápsula</i>	\$0	*
<i>acidophilus tableta 0.5 mg</i>	\$0	*
<i>acidophilus/bacillus coagulans extra strength tableta 4.17 mg; 2.92 mg</i>	\$0	*
<i>acidophilus/citrus pectin tableta 35 mg; 2.08 mg; 100 mg; 14 mg</i>	\$0	*
<i>acidophilus/l-sporogenes extra strength tableta</i>	\$0	*
<i>acidophilus/pectin cápsula</i>	\$0	*
<i>acne medication 10 loción 10 %</i>	\$0	*
<i>acne medication 5 loción 5 %</i>	\$0	*
<i>acne pads apósito 2 %</i>	\$0	*
<i>actidom dmx líquido 30 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 10 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>actinel dm líquido 20 mg/5 ml; 400 mg/5 ml; 10 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>activessentials for women varios 125 mg; 500 µg; 325 mg; 18 mg; 250 µg; 250 µg; 0.5 mg; 240 mg; 360 mg; 1000 mg; 340 µg; 18 mg; 50 µg; 2.5 mg; 50 mg; 0.25 mg; 660 mg; 25 µg; 32 mg; 650 mg; 100 mg; 6 mg; 99 mg; 49.5 mg; 10 mg; 10 mg; 50 µg, 10 mg; 375 µg; 1120 µg; 2.5 µg; 67 mg; 6.5 mg</i>	\$0	*
<i>activessentials paquete 125 mg; 500 µg; 50 mg; 100 mg; 100 unidades; 18 mg; 250 µg; 0.5 mg; 50 mg; 240 mg; 360 mg; 1 g; 18 mg; 200 µg; 0.25 mg; 250 µg; 25 µg; 32 mg; 650 mg; 6.5 mg; 49.5 mg; 50 µg; 10 mg; 50 µg; 10 mg; 375 µg; 1965 µg; 67 mg; 6.5 mg</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>activessentials/oncoplex & d3 varios 125 mg; 500 µg; 50 mg; 18 mg; 250 µg; 250 µg; 0.5 mg; 130 mg; 12 mg; 300 mg; 650 mg; 340 µg; 15 mg; 18 mg; 50 µg; 50 mg; 0.25 mg; 25 µg; 32 mg; 430 mg; 100 mg; 6 mg; 49.5 mg; 10 mg; 10 mg; 50 µg; 10 mg; 375 µg; 1120 µg; 52.5 µg; 67 mg; 6.5 mg</i>	\$0	*
<i>adapalene gel 0.1 %</i>	\$0	*
<i>adrenal manager cápsula 12.5 mg; 87.5 mg; 10 mg; 25 mg; 25 µg; 0.5 mg; 112.5 mg; 22.5 mg; 7.5 mg; 52.5 mg; 1 mg; 5 mg; 12.5 mg; 7.5 mg; 87.5 mg; 2.5 mg</i>	\$0	*
<i>adrenalin cápsula 125 mg; 125 mg; 75 mg; 50 mg; 150 mg; 15 mg; 50 mg; 50 mg; 50 mg</i>	\$0	*
<i>adrenoid cápsula 25 mg; 15 mg; 100 µg; 50 µg; 75 µg; 100 mg; 1 mg; 25 µg; 120 mg; 100 µg; 150 mg; 100 mg; 4 mg</i>	\$0	*
<i>advanced acne wash líquido de liberación prolongada 4.4 %</i>	\$0	*
<i>advil junior strength tableta 100 mg</i>	\$0	*
<i>aerobika dispositivo</i>	\$0	*
<i>aftera tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>alahist d tableta 17.5 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>alburstix tira</i>	\$0	*
<i>alcon lágrimas solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>alive líquido multivitamínico 25 mg/30 ml; 300 µg/30 ml; 118.6 mg/30 ml; 500 mg/30 ml; 125 mg/30 ml; 30 mg/30 ml; 60 mg/30 ml; 200 µg/30 ml; 70 µg/30 ml; 10 µg/30 ml; 400 µg/30 ml; 50 mg/30 ml; 200 µg/30 ml; 40 mg/30 ml; 4 mg/30 ml; 20 mg/30 ml; 25 mg/30 ml; 80 µg/30 ml; 50 mg/30 ml; 150 µg/30 ml; 40 mg/30 ml; 25 mg/30 ml; 25 mg/30 ml; 50 mg/30 ml; 5 mg/30 ml; 1 mg/30 ml; 2 mg/30 ml; 75 µg/30 ml; 25 mg/30 ml; 133 mg/30 ml; 3000 µg/30 ml; 15 mg/30 ml</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>alka-seltzer plus day cold & flu formula cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>alka-seltzer plus mucus & congestion break up formula cápsula 10 mg; 200 mg</i>	\$0	*
<i>alka-seltzer plus severe sinus congestion & cough cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>allegra allergy childrens tableta que se desintegra 30 mg</i>	\$0	*
<i>allergy childrens suspensión 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>allergy relief childrens tableta que se desintegra 12.5 mg</i>	\$0	*
<i>allerwell allergy formula tableta 25 mg; 15 mg; 25 mg; 200 mg; 120 mg; 1 mg; 0.12 mg; 1.5 mg; 40 mg; 15 mg; 90 mg; 40 mg; 80 mg; 3 mg; 18 µg; 5 mg; 40 mg; 3 mg; 25 mg; 25 mg; 4.5 mg; 90 mg; 2 mg</i>	\$0	*
<i>aloe vesta acondicionador para piel loción 3 %</i>	\$0	*
<i>alp high3 cápsula de liberación prolongada 200 mg; 400 mg; 600 mg</i>	\$0	*
<i>aluminum hydroxide suspensión 320 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>americerin crema</i>	\$0	*
<i>ameriwash loción</i>	\$0	*
<i>amlactin intensive healing loción</i>	\$0	*
<i>amlactin ultra smoothing crema 15 %</i>	\$0	*
<i>ammonium lactate crema 12 %</i>	\$0	*
<i>ammonium lactate loción 12 %</i>	\$0	*
<i>anaseptgel antimicrobiano para piel y heridas 0.057 %</i>	\$0	*
<i>anasept líquido 0.057 %</i>	\$0	*
<i>anbesol cold sore therapy pomada 1 %; 20 %; 3 %; 64.9 %</i>	\$0	*
<i>antacid anti-gas suspensión de potencia regular 400 mg/5 ml; 400 mg/5 ml; 40 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>antacid extra strength tableta masticable 160 mg; 105 mg</i>	\$0	*
<i>antacid plus anti-gas relief suspensión 200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 20 mg/5 ml</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>antacid soft chews tableta masticable 1177 mg</i>	\$0	*
<i>antacid ultra strength tableta masticable 1000 mg</i>	\$0	*
<i>loción antibacterial para manos</i>	\$0	*
<i>jabón líquido antibacterial líquido 0.15 %</i>	\$0	*
<i>champú anticaspa 1 %</i>	\$0	*
<i>anti-diarrheal cápsula 2 mg</i>	\$0	*
<i>anti-itch crema 1 %; 0.1 %</i>	\$0	*
<i>anti-itch loción 0.5 %; 0.5 %</i>	\$0	*
<i>anti-itch maximum strength crema 1 %</i>	\$0	*
<i>antioxidant formula cápsula 250 mg; 10000 unidades; 200 unidades</i>	\$0	*
<i>aplicare povidone/iodine gel 10 %</i>	\$0	*
<i>aprodine tableta 60 mg; 2.5 mg</i>	\$0	*
<i>aqua glycolic crema facial</i>	\$0	*
<i>aqua glycolic loción para manos y cuerpo</i>	\$0	*
<i>aqua lacten loción</i>	\$0	*
<i>aqua-cerin crema</i>	\$0	*
<i>aquamed loción</i>	\$0	*
<i>aquanaz tableta 15 mg; 400 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>aquaphilic/carbamide pomada 10 %, 20 %</i>	\$0	*
<i>ar cáps. n.º 1 clear/acid resistant cápsula</i>	\$0	*
<i>arglaes película 2-3/8" x 3-1/8" apósito</i>	\$0	*
<i>arglaes película 3" x 14" apósito</i>	\$0	*
<i>arglaes película 4-3/4" x 10" apósito</i>	\$0	*
<i>arthritis pain relieving crema 0.075 %</i>	\$0	*
<i>lágrimas artificiales solución 0.1 %; 0.3 %, 0.2 %; 0.2 %; 1 %, 0.3 %; 1 %, 0.5 %; 0.6 %, 1 %</i>	\$0	*
<i>asperflex original parche 7.5 %</i>	\$0	*
<i>aspirin regular strength tableta de liberación retardada 325 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin supositorio 300 mg, 600 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin tableta masticable 81 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin tableta de liberación retardada 81 mg</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>asthmanefrin refill solución para nebulización 2.25 %</i>	\$0	*
<i>athletes foot powder spray aerosol en polvo 2 %</i>	\$0	*
<i>atp ignite paquete 500 mg; 100 µg; 2500 µg; 40 µg; 150 mg; 0.5 mg; 10 mg; 3 mg; 280 mg; 2.6 mg; 0.5 mg; 130 mg; 0.45 mg; 10 mg; 3 mg</i>	\$0	*
<i>aveeno baby soothing multi-purpose pomada</i>	\$0	*
<i>aveeno daily moisturizing crema facial</i>	\$0	*
<i>aveeno daily moisturizing sheer hydration loción</i>	\$0	*
<i>aveeno intense relief hand crema</i>	\$0	*
<i>aveeno intense relief overnight crema 1.3 %</i>	\$0	*
<i>aveeno positively radiantintensive night crema</i>	\$0	*
<i>aveeno restorative skin therapy oat repairing crema</i>	\$0	*
<i>aveeno skin relief moisture repair crema</i>	\$0	*
<i>aveeno stress relief moisturizing loción</i>	\$0	*
<i>ayr nasal drops solución 0.65 %</i>	\$0	*
<i>ayr nasal mist allergy & sinus hypertonic saline solución 2.65 %</i>	\$0	*
<i>b complex cápsula 100 mg; 1 mg; 70 mg; 10 mg; 100 µg; 2 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>b-100 complex tr tableta de liberación prolongada 0.1 mg; 100 µg; 0.4 mg; 100 mg; 100 mg; 100 mg; 100 mg</i>	\$0	*
<i>b-100 tableta 100 µg; 100 mg; 100 µg; 400 µg; 100 mg; 100 mg; 100 mg; 100 mg</i>	\$0	*
<i>b-12 1000 tableta sublingual 1000 µg; 400 µg</i>	\$0	*
<i>b-12 dots tableta que se desintegra 500 µg</i>	\$0	*
<i>b-12 dual spectrum tableta de liberación prolongada 5000 µg</i>	\$0	*
<i>b-12 líquido 5000 µg/ml</i>	\$0	*
<i>b-12 quick dissolve tableta sublingual 1000 µg</i>	\$0	*
<i>b-12 tableta 2000 µg, 2500 µg</i>	\$0	*
<i>b-12 tableta sublingual 100 µg; 5000 µg</i>	\$0	*
<i>b-50 complex tableta 300 µg; 86 mg; 0.05 mg; 50 µg; 400 µg; 50 µg; 50 mg; 50 mg; 50 mg; 50 mg; 50 mg; 50 mg</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>baby cornstarch talco</i>	\$0	*
<i>baby drops líquido 400 unidades/0.03 ml</i>	\$0	*
<i>baby super daily d3 líquido 400 unidades/0.028 ml</i>	\$0	*
<i>baby vitamin d3 gotas líquido 400 unidades/0.028 ml</i>	\$0	*
<i>bacitracin pomada 500 unidades/g</i>	\$0	*
<i>bacitracin zinc pomada 500 unidades/g</i>	\$0	*
<i>balamine dm jarabe 2 mg/5 ml; 10 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>balmbarr hand & body crema</i>	\$0	*
<i>balmbarr hand & body loción</i>	\$0	*
<i>balmbarr moisturizing crema</i>	\$0	*
<i>balmbarr stretch mark crema</i>	\$0	*
<i>balmex multi-purpose pomada 51.1 %</i>	\$0	*
<i>bama freeze gel 3.7 %</i>	\$0	*
<i>basis facial moisturizer crema</i>	\$0	*
<i>basis overnight crema</i>	\$0	*
<i>baza protect skin protectant moisture barrier crema 12 %</i>	\$0	*
<i>b-complex cápsula 5 mg; 1 µg; 400 µg; 60 mg; 20 mg; 0.5 mg; 3 mg; 3 mg; 60 mg</i>	\$0	*
<i>b-complex plus b-12 tableta 25 µg; 4 mg; 10 mg; 5 mg; 7 mg</i>	\$0	*
<i>b-complex tableta 30 µg; 20 mg; 12 µg; 400 mg; 20 mg; 40 mg; 20 mg; 25 mg; 4 mg; 3.4 mg; 3 mg, 6 µg; 400 µg; 20 mg; 2 mg; 1.7 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>b-complex/c tableta 300 mg, 50 mg, 10 mg, 5 mg, 10.2 mg; 15 mg</i>	\$0	*
<i>b-complex/vitamin c/folic acid/ biotin tableta 500 mg; 45 µg; 20 mg; 1 mg; 12 µg; 400 µg; 1 mg; 100 mg; 1 mg; 5 mg; 10 mg; 10 mg; 30 unidades</i>	\$0	*
<i>beauty 360 advanced skin care loción</i>	\$0	*
<i>beauty lotion loción</i>	\$0	*
<i>beelith tableta 362 mg; 20 mg</i>	\$0	*
<i>benadryl itch relief barra 2 %; 0.1 %</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>benefiber drink mix paquete</i>	\$0	*
<i>bengay vanishing scent gel 2.5 %</i>	\$0	*
<i>benzonatate cápsula 100 mg; 150 mg; 200 mg</i>	\$0	*
<i>benzoyl peroxide gel 10 %, 2.5 %, 5 %</i>	\$0	*
<i>benzoyl peroxide líquido 10 %</i>	\$0	*
<i>benzoyl peroxide wash líquido 5 %</i>	\$0	*
<i>benzphetamine hcl tableta 50 mg</i>	\$0	PA; *
<i>berri-freez pain relieving gel 4.5 %</i>	\$0	*
<i>beta care betatar champú en gel 2.5 %</i>	\$0	*
<i>beta care crema</i>	\$0	*
<i>beta care loción</i>	\$0	*
<i>beta med champú 2 %</i>	\$0	*
<i>beta xma crema</i>	\$0	*
<i>betadine solución 5 %</i>	\$0	*
<i>betadine solución para lavado quirúrgico 7.5 %</i>	\$0	*
<i>bicarsim forte tableta 125 mg</i>	\$0	*
<i>bicarsim tableta 80 mg</i>	\$0	*
<i>bilberry plus cápsula 60 mg; 2 mg; 40 µg; 6000 unidades; 50 unidades; 25 mg</i>	\$0	*
<i>biodesp dm jarabe 15 mg/5 ml; 100 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>biofreeze cool the pain gel 4 %</i>	\$0	*
<i>biofreeze líquido 10 %</i>	\$0	*
<i>biofreeze professional gel 5 %</i>	\$0	*
<i>biogtuss líquido 15 mg/5 ml; 300 mg/5 ml; 10 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>biolle lágrimas solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>bion tears solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>bio-rytuss líquido 2 mg/5 ml; 10 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>biospec dmx líquido 15 mg/5 ml; 25 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>biotin cápsula 10 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0	*
<i>biotin fast dissolve maximum strength tableta que se desintegra 10000 µg</i>	\$0	*
<i>biotin gummies tableta masticable 1000 µg</i>	\$0	*
<i>biotin high potency tableta 1000 µg</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>biotin plus keratin tableta 10000 µg; 100 mg</i>	\$0	*
<i>biotin tableta 10 mg, 5 mg, 800 µg</i>	\$0	*
<i>biotin tableta que se desintegra 5 mg</i>	\$0	*
<i>bisacodyl ec tableta de liberación retardada 5 mg</i>	\$0	*
<i>bisacodyl supositorio 10 mg</i>	\$0	*
<i>bismuth subsalicylate tableta masticable 262 mg</i>	\$0	*
<i>black draught tableta masticable 10 mg</i>	\$0	*
<i>b-natal pastillas 25 mg</i>	\$0	*
<i>b-natal pastilla en formato de paleta 25 mg</i>	\$0	*
<i>boro-packs paquete 49 %; 51 %</i>	\$0	*
<i>boudreauxs butt paste butt pomada protectora 1 %</i>	\$0	*
<i>boudreauxs butt paste pomada 16 %</i>	\$0	*
<i>boudreauxs líquido preventivo de sarpullido 10 %</i>	\$0	*
<i>bp wash líquido 2.5 %</i>	\$0	*
<i>bprotected multi-vite líquido 60 mg/15 ml; 300 µg/15 ml; 10 mg/15 ml; 25 µg/15 ml; 6 µg/15 ml; 9 mg/15 ml; 2 mg/15 ml; 20 mg/15 ml; 150 µg/15 ml; 2 mg/15 ml; 1.7 mg/15 ml; 25 µg/15 ml; 1.5 mg/15 ml; 30 unidades/15 ml; 3 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>bromphen/pseudoephedrine hcl/dextromethorphan hydrobromide jarabe 2 mg/5 ml; 10 mg/5 ml; 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>bronkids líquido 0.6 mg/ml; 2.75 mg/ml; 1.5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>budesonide aerosol nasal suspensión 32 µg/pulverización</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>buried treasure active 55plus senior complex liquido 5 mg/30 ml; 500 mg/30 ml; 15000 unidades/30 ml; 10 mg/30 ml; 300 µg/30 ml; 2 mg/30 ml; 100 mg/30 ml; 50 mg/30 ml; 100 µg/30 ml; 80 mg/30 ml; 1 mg/30 ml; 1200 unidades/30 ml; 400 µg/30 ml; 10 mg/30 ml; 2 mg/30 ml; 15 mg/30 ml; 50 mg/30 ml; 100 µg/30 ml; 6 mg/30 ml; 200 µg/30 ml; 50 mg/30 ml; 3 mg/30 ml; 1000 µg/30 ml; 200 mg/30 ml; 20 µg/30 ml; 50 mg/30 ml; 75 mg/30 ml; 50 mg/30 ml; 50 µg/30 ml; 40 mg/30 ml; 40 mg/30 ml; 10 mg/30 ml; 30 mg/30 ml; 100 µg/30 ml; 40 mg/30 ml; 400 unidades/30 ml; 1 mg/30 ml; 15 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>butenafine hydrochloride crema 1 %</i>	\$0	*
<i>caffeine anhydrous polvo</i>	\$0	*
<i>calamine loción 8 %; 8 %</i>	\$0	*
<i>calamine phenolated loción 8 %; 1 %; 8 %</i>	\$0	*
<i>calamine suspensión 8 %; 8 %</i>	\$0	*
<i>calcium + d3 tableta 250 mg; 3 µg</i>	\$0	*
<i>calcium 1000 + d tableta 1000 mg; 800 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium 500/vitamin d tableta 500 mg; 125 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium 500/vitamin d3 tableta 500 mg; 400 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium 600 + minerals tableta 600 mg; 200 unidades; 1 mg; 40 mg; 1.8 mg; 250 µg; 7.5 mg</i>	\$0	*
<i>calcium 600 with vitamin d tableta masticable 600 mg; 400 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium 600+d high potency tableta 600 mg; 400 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium acetate tableta 667 mg, 668 mg</i>	\$0	*
<i>calcium antacid extra strength tableta masticable 750 mg</i>	\$0	*
<i>calcium carbonate polvo 800 mg/2 g</i>	\$0	*
<i>calcium carbonate suspensión 1250 mg/5 ml</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium carbonate tableta 648 mg</i>	\$0	*
<i>calcium carbonate tableta masticable 260 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>calcium citrate + d3 maximum tableta 315 mg; 250 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium citrate gránulos 760 mg/3.5 g</i>	\$0	*
<i>calcium citrate tableta 200 mg, 250 mg</i>	\$0	*
<i>calcium citrate/vitamin d tableta 315 mg; 200 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium citrate+d3 petites tableta 200 mg; 250 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium oyster shell tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>calcium plus d3 cápsula absorbible 600 mg; 2500 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium tableta 1250 mg, 1500 mg</i>	\$0	*
<i>calcium/c/d tableta masticable 10 mg; 500 mg; 250 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium/magnesium/zinc tableta 333 mg; 133 mg; 5 mg, 334 mg; 134 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>calcium/vitamin d cápsula 600 mg; 400 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium/vitamin d tableta 600 mg; 400 unidades, 600 mg; 5 µg</i>	\$0	*
<i>calcium/vitamin d3 cápsula 600 mg; 500 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium+d3 tableta 500 mg; 15 µg; 0, 600 mg; 800 unidades</i>	\$0	*
<i>calmoseptine pomada 0.44 %; 20.6 %</i>	\$0	*
<i>cal-quick líquido 400 unidades/5 ml; 500 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>caltrate 600+d3 soft chews tableta masticable 600 mg; 800 unidades</i>	\$0	*
<i>cam loción</i>	\$0	*
<i>capsaicin crema 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0	*
<i>capsaicin parche 0.025 %</i>	\$0	*
<i>capzasin-p crema 0.035 %</i>	\$0	*
<i>carboxymethylcellulose sodium solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>cardiopress cápsula 60 mg; 25 mg; 100 µg; 100 µg; 150 mg; 15 mg; 175 mg; 100 mg; 15 mg; 2.5 mg; 125 mg; 5 mg; 15 mg</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ca-rezz crema 0.3 %</i>	\$0	*
<i>ca-rezz norisc líquido 0.3 %</i>	\$0	*
<i>castellani paint líquido 1.5 %</i>	\$0	*
<i>castile soap towelettes apósitos</i>	\$0	*
<i>castiva cooling loción 5 %; 14 %</i>	\$0	*
<i>castor oil</i>	\$0	*
<i>castor oil stimulant laxative oil 100%</i>	\$0	*
<i>centrum multivitamin flavor burst drink paquete 60 mg; 30 µg; 65 mg; 800 unidades; 10 µg; 25 µg; 400 µg; 60 mg; 4 mg; 10 mg; 38 mg; 200 mg; 10 mg; 2000 unidades; 0.43 mg; 0.38 mg; 40 unidades; 2 mg</i>	\$0	*
<i>centrum performance tableta 120 mg; 50 mg; 50 µg; 60 µg; 100 mg; 12 mg; 72 mg; 400 unidades; 120 µg; 0.9 mg; 18 µg; 18 mg; 400 µg; 40 mg; 4 mg; 40 mg; 5 µg; 48 mg; 25 µg; 80 mg; 150 µg; 6 mg; 3500 unidades; 5.1 mg; 4 mg; 10 µg; 75 µg; 70 µg; 10 µg; 4.5 mg; 60 unidades; 11 mg</i>	\$0	*
<i>centrum specialist energy tableta 120 mg; 50 mg; 50 µg; 60 µg; 100 mg; 12 mg; 72 mg; 400 unidades; 120 µg; 0.9 mg; 18 µg; 18 mg; 400 µg; 40 mg; 4 mg; 40 mg; 5 µg; 48 mg; 25 µg; 80 mg; 150 µg; 6 mg; 3500 unidades; 5.1 mg; 4 mg; 10 µg; 75 µg; 70 µg; 10 µg; 4.5 mg; 60 unidades; 11 mg</i>	\$0	*
<i>cepacol sore throat maximum numbing pastilla 15 mg; 4 mg</i>	\$0	*
<i>cerave am facial loción humectante/spf30 loción 10 %; 5 %; 5 %; 2 %; 6.3 %</i>	\$0	*
<i>cerave baby pomada curativa pomada 46.5 %</i>	\$0	*
<i>cerave loción humectante para todos los días</i>	\$0	*
<i>cerave diabetics dry skin relief crema</i>	\$0	*
<i>cerave crema humectante</i>	\$0	*
<i>cerave pm loción facial humectante ultra liviana</i>	\$0	*
<i>cerave sa/rough and bumpyskin crema</i>	\$0	*
<i>cerave sa/rough and bumpyskin loción</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cerave therapeutic crema para manos 1 %</i>	\$0	*
<i>cetaphil advanced relief loción</i>	\$0	*
<i>cetaphil daily advance loción ultra hidratante</i>	\$0	*
<i>cetaphil daily loción facial humectante 3 %; 10 %</i>	\$0	*
<i>cetaphil loción humectante</i>	\$0	*
<i>cetaphil restoraderm loción</i>	\$0	*
<i>cetaphil therapeutic crema para manos</i>	\$0	*
<i>cetirizine hcl tableta 5 mg</i>	\$0	*
<i>cetirizine hydrochloride tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride tableta de liberación prolongada 12 horas 5 mg; 120 mg</i>	\$0	*
<i>chemstrip ugk tira</i>	\$0	*
<i>cherry jarabe</i>	\$0	*
<i>chest rub pomada 4.8 %; 1.2 %; 2.6 %</i>	\$0	*
<i>chew q tableta masticable 30 mg, 600 mg</i>	\$0	*
<i>chewable vitamin d3 tableta masticable 2000 unidades</i>	\$0	*
<i>children's chewable acetaminophen tableta masticable 160 mg</i>	\$0	*
<i>childrens chewable multivitamin tableta masticable 60 mg; 10 µg; 4.5 µg; 300 µg; 13.5 mg; 1.05 mg; 750 µg; 1.2 mg; 1.05 mg; 6.75 mg</i>	\$0	*
<i>childrens gummies tableta masticable 30 mg; 75 µg; 5 mg; 200 unidades; 38 mg; 5 µg; 200 µg; 20 µg; 40 µg; 1 mg; 2000 unidades; 20 unidades; 2.5 mg</i>	\$0	*
<i>childrens non-aspirin tableta masticable 80 mg</i>	\$0	*
<i>chlophedianol/dexchlopheniramine./ pseudoephedrine líquido 12.5 mg/5 ml; 1 mg/5 ml; 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>chloraseptic kids líquido 0.5 %</i>	\$0	*
<i>chloraseptic max sore throat pastillas 15 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>chlorhexidine gluconate solución 4 %</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chlorocaps cápsula 30 µg; 10 mg; 5 µg; 30 µg; 1 µg; 50 µg</i>	\$0	*
<i>chlorpheniramine maleate tableta de liberación prolongada 12 mg</i>	\$0	*
<i>chocolated laxative tableta masticable 15 mg</i>	\$0	*
<i>cholase control cápsula 25 mg; 25 mg; 50 mg; 25 mg; 100 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>cicaplast baume b5 soothing multi-purpose bálsamo en crema</i>	\$0	*
<i>cimetidine 200 tableta 200 mg</i>	\$0	*
<i>clean & clear acne tripleclear crema exfoliante en gel 2 %</i>	\$0	*
<i>clean & clear advantage acne spot treatment gel 2 %</i>	\$0	*
<i>clear soluble fiber polvo</i>	\$0	*
<i>clearasil daily clear vanishing acne treatment crema 10 %</i>	\$0	*
<i>cln facial moisturizer nourishing loción</i>	\$0	*
<i>clotrimazole 3 crema 2 %</i>	\$0	*
<i>clotrimazole crema 1 %</i>	\$0	*
<i>clotrimazole solución 1 %</i>	\$0	*
<i>co q-10 cápsula 300 mg</i>	\$0	*
<i>co q-10 tableta masticable 100 mg</i>	\$0	*
<i>coal tar líquido</i>	\$0	*
<i>cocoa butter loción para manos y cuerpo</i>	\$0	*
<i>cocoa butter loción</i>	\$0	*
<i>cocoa butter crema para la piel</i>	\$0	*
<i>coconut oil beauty crema</i>	\$0	*
<i>cod liver oil cápsula 135 unidades; 415 mg; 36 mg; 37 mg; 90 mg; 1250 unidades</i>	\$0	*
<i>coditussin dac líquido 10 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>coenzyme q-10 cápsula 100 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0	*
<i>coenzyme q10 tableta 100 mg, 50 mg</i>	\$0	*
<i>coenzyme q-10/high poten cy cápsula 50 mg</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>colace 2-in-1 tableta 50 mg; 8.6 mg</i>	\$0	*
<i>cold & allergy d maximum strength tableta 60 mg; 2.5 mg</i>	\$0	*
<i>cold & allergy elixir 1 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>cold & cough childrens líquido 1 mg/5 ml; 5 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>cold & flu relief multi-symptom nighttime líquido 325 mg/15 ml; 15 mg/15 ml; 6.25 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>cold & sinus relief cápsula 200 mg; 30 mg</i>	\$0	*
<i>cold/cough dm childrens líquido 1 mg/5 ml; 5 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>collagen crema</i>	\$0	*
<i>collagen premium crema para la piel</i>	\$0	*
<i>collagen ultra cápsula 12.5 mg; 1250 µg; 30 mg; 50 mg; 362.5 mg; 1 mg; 75 µg; 112.5 mg; 100 mg; 2 mg; 12.5 mg; 50 mg; 3 mg; 30 unidades; 7.5 mg</i>	\$0	*
<i>complete loción humectante</i>	\$0	*
<i>complete multivitamin/multimineral supplement líquido 60 mg/15 ml; 300 µg/15 ml; 1000 unidades/15 ml; 25 µg/15 ml; 6 µg/15 ml; 9 mg/15 ml; 2 mg/15 ml; 20 mg/15 ml; 10 mg/15 ml; 150 µg/15 ml; 2 mg/15 ml; 1300 unidades/15 ml; 1.7 mg/15 ml; 25 µg/15 ml; 1.5 mg/15 ml; 30 unidades/15 ml; 3 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>compuesto con eliminador de verrugas invisible de un solo paso tira 40 %</i>	\$0	*
<i>conceptionxr motility support fórmulas varios 250 mg; 500 unidades; 100 µg; 500 µg; 500 mg; 5 mg; 200 unidades; 10 mg</i>	\$0	*
<i>contac cold+flu maximum strength tableta 500 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>cool 'n heat líquido 16 %</i>	\$0	*
<i>ool 'n heat tira 10 %; 30 %</i>	\$0	*
<i>cooling pain relief gel 4 %</i>	\$0	*
<i>coq-10 cápsula 150 mg</i>	\$0	*
<i>coq10 gummies adult tableta masticable 50 mg</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>coq-10 tr cápsula de liberación prolongada 100 mg</i>	\$0	*
<i>coricidin hbp chest congestion & cough cápsula 10 mg; 200 mg</i>	\$0	*
<i>corn and callus remover líquido 17 %</i>	\$0	*
<i>corn huskers loción</i>	\$0	*
<i>coromega omega 3 squeeze emulsión 12 mg/2.5 g; 230 mg/2.5 g; 350 mg/2.5 g; 2000 mg/2.5 g; 650 mg/2.5 g; 3 unidades/2.5 g</i>	\$0	*
<i>corticare b cápsula 37.5 mg; 1.5 mg; 30 mg; 340 µg; 75 mg; 375 mg; 37.5 mg</i>	\$0	*
<i>cortizone-10 feminine itch relief maximum strength crema 1 %</i>	\$0	*
<i>cottonseed oil</i>	\$0	*
<i>cough & cold hbp tableta 4 mg; 30 mg</i>	\$0	*
<i>cough drops pastillas 10 mg, 2.7 mg, 5.4 mg, 5.8 mg, 5 mg, 7.5 mg, 7.6 mg, 7 mg, 8 mg</i>	\$0	*
<i>cranberry cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>cranberry extract cápsula 200 mg</i>	\$0	*
<i>cranberry tableta 300 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>creo-terpin jarabe 10 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>cromolyn sodium solución en aerosol 5.2 mg/pulverización</i>	\$0	*
<i>culturelle health & wellness cápsula 200 mg; 10 mil millones</i>	\$0	*
<i>culturelle womens wellness probiotic tableta masticable</i>	\$0	*
<i>cutter dry aerosol 10 %</i>	\$0	*
<i>cvs acetaminophen cápsula 325 mg</i>	\$0	*
<i>cvs advanced acne spot treatment gel 2 %</i>	\$0	*
<i>cvs allergy relief tableta que se desintegra 5 mg</i>	\$0	*
<i>cvs all-purpose pomada protectora para la piel 15.5 %; 53.4 %</i>	\$0	*
<i>cvs antacid/anti-gas maximum strength tableta masticable 1000 mg; 60 mg</i>	\$0	*
<i>cvs b12 tableta masticable 2500 µg</i>	\$0	*
<i>cvs beauty 360 dry skin loción</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs chest congestion/cough hbp cápsula 10 mg; 200 mg</i>	\$0	*
<i>cvs childrens triacting cough/runny nose líquido 1 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>cvs cold & flu hbp tableta 325 mg; 2 mg</i>	\$0	*
<i>cvs cold & sinus relief tableta 200 mg; 30 mg</i>	\$0	*
<i>cvs cortisone maximum strength gel 1 %</i>	\$0	*
<i>cvs daily fiber paquete 58.6 %</i>	\$0	*
<i>cvs daily ultra loción humectante</i>	\$0	*
<i>cvs diabetes health support varios 50 mg; 560 mg; 39 mg; 30 µg; 150 µg; 416 mg; 10 mg; 137 mg; 72 mg; 500 unidades; 245 µg; 1000 mg; 10 mg; 0.5 mg; 25 µg; 800 µg; 250 µg; 300 µg; 50 mg; 2.3 mg; 20 mg; 5 µg; 30 µg; 80 mg; 150 µg; 3 mg; 2500 unidades; 1.7 mg; 255 µg; 2 mg; 10 µg; 45 µg; 1.5 mg; 50 unidades; 11 mg</i>	\$0	*
<i>cvs dry skin therapy crema</i>	\$0	*
<i>cvs dry skin therapy loción</i>	\$0	*
<i>cvs extra loción humectante</i>	\$0	*
<i>cvs gentle skin cleanser loción</i>	\$0	*
<i>cvs glucosamine/chondroitin maximum strength tableta 400 mg; 500 mg</i>	\$0	*
<i>cvs hair/skin/nails tableta 60 mg; 1500 µg; 0.5 mg; 100 mg; 500 unidades; 100 µg; 250 µg; 50 mg; 10 mg; 50 mg; 2500 unidades; 0.85 mg; 2.5 mg; 6.25 mg; 0.75 mg; 30 unidades; 7.5 mg</i>	\$0	*
<i>cvs immune support vitamin c paquete 1 mg; 1000 mg; 50 mg; 2.5 mg; 10 µg; 25 µg; 12.5 µg; 60 mg; 0.5 mg; 5 mg; 38 mg; 200 mg; 10 mg; 1 mg; 0.43 mg; 60 mg; 0.38 mg; 2 mg</i>	\$0	*
<i>cvs intense dry skin therapy loción</i>	\$0	*
<i>cvs laxative dietary supplement tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>cvs menopause support tableta 80 mg; 1.5 mg; 100 mg; 50 mg; 120 µg; 25 mg; 25 µg; 400 µg; 80 mg; 20 mg; 8.25 mg; 20 mg; 5 mg; 70 µg; 5 mg; 30 unidades</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs miconazole kit con un paquete de 1 combinación</i>	\$0	*
<i>cvs mini enema kids enema 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>cvs crema humectante</i>	\$0	*
<i>cvs loción humectante</i>	\$0	*
<i>cvs nasal decongestant cápsula 30 mg</i>	\$0	*
<i>cvs skin therapy ultra restoring loción</i>	\$0	*
<i>cvs sore throat pastilla 15 mg; 2.6 mg</i>	\$0	*
<i>cvs special care loción</i>	\$0	*
<i>cvs stomach relief tableta 262 mg</i>	\$0	*
<i>cvs stool softener cápsula 50 mg</i>	\$0	*
<i>cvs stuffy nose & cold childrens líquido 100 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>cvs therapeutic dandruff extra strength champú 1 %</i>	\$0	*
<i>cyanocobalamin inyección 1000 µg/ml</i>	\$0	*
<i>cyanocobalamin solución nasal 500 µg/0.1 ml d3 cápsula 10000 unidades</i>	\$0	*
<i>daily diabetes health paquete varios 50 mg; 590 mg; 30 µg; 150 µg; 220 mg; 70 mg; 395 µg; 25 µg; 0.9 mg; 1200 mg; 500 µg; 50 mg; 150 µg; 250 µg; 300 µg; 300 mg; 2.3 mg; 45 µg; 20 mg; 360 mg; 10 mg; 50 mg; 80 mg; 3 mg; 1.7 mg; 55 µg; 2 mg; 1.5 mg; 10 µg; 750 µg; 50 µg; 22.5 mg; 30 µg; 11 mg</i>	\$0	*
<i>daily fiber polvo 43 %</i>	\$0	*
<i>daily heart health support varios 60 mg; 30 µg; 220 mg; 10 mg; 20 mg; 72 mg; 1500 unidades; 45 µg; 50 mg; 0.5 mg; 525 µg; 1 g; 400 µg; 250 µg; 300 µg; 50 mg; 2.3 mg; 20 mg; 5 µg; 300 mg; 30 µg; 80 mg; 150 µg; 3 mg; 2500 unidades; 1.7 mg; 2 mg; 5 mg; 150 µg; 10 µg; 45 µg; 55 µg; 1.5mg; 50 unidades; 11 mg</i>	\$0	*
<i>loción humectante para todos los días</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>daily pak maximum multivitamin/asian ginseng extract varios 590 mg; 100 mg; 80 µg; 150 µg; 1120 mg; 60 mg; 72 mg; 500 unidades; 45 µg; 0.9 mg; 75 µg; 900 µg; 250 µg; 300 µg; 50 mg; 2.3 mg; 70 mg; 5 µg; 110 mg; 30 µg; 80 mg; 150 µg; 53 mg; 2500 unidades; 51.7 mg; 2 mg; 10 µg; 45 µg; 55 µg; 51.5 mg; 250 unidades; 11 mg</i>	\$0	*
<i>daily vitamin formula tableta 60 mg; 400 unidades; 6 µg; 20 mg; 2 mg; 1.7 mg; 1.5 mg; 5000 unidades</i>	\$0	*
<i>daily vitamins tableta 60 mg; 400 unidades; 6 µg; 0.4 mg; 20 mg; 2 mg; 5000 unidades; 1.7 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>champú anticaspa 1 %</i>	\$0	*
<i>dayhist allergy 12 hour relief tableta 1.34 mg</i>	\$0	*
<i>daytime cough líquido 15 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>d-cerin crema 33 %</i>	\$0	*
<i>drops líquido 1000 unidades/0.03 ml, 1000 unidades/0.028 ml, 2000 unidades/0.028 ml</i>	\$0	*
<i>decara cápsula 25000 unidades</i>	\$0	*
<i>deconex ir tableta 385 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>decorel forte plus severe cold/cough relief tableta 325 mg; 15 mg; 200 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>dekas essential cápsula 2000 unidades; 1000 µg; 2000 unidades; 150 unidades</i>	\$0	*
<i>delsym cough + cold nighttime childrens líquido 325 mg/10 ml; 12.5 mg/10 ml; 5 mg/10 ml</i>	\$0	*
<i>dermabase oil in water crema</i>	\$0	*
<i>dermaide aloe crema 70 %</i>	\$0	*
<i>dermal therapy extra strength loción para el cuerpo</i>	\$0	*
<i>dermal therapy face care loción humectante</i>	\$0	*
<i>dermal therapy foot massage loción</i>	\$0	*
<i>dermal therapy hand elbo w & knee crema loción</i>	\$0	*
<i>dermal therapy heel care loción</i>	\$0	*
<i>dermamed pomada</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dermarest psoriasis gel 3 %</i>	\$0	*
<i>dermazinc crema</i>	\$0	*
<i>dermazinc champú 2 %</i>	\$0	*
<i>dermazinc aerosol líquido 0.25 %</i>	\$0	*
<i>dermend fragile skin moisturizing formula crema</i>	\$0	*
<i>dermend moisturizing bruise formula crema</i>	\$0	*
<i>dermoplast aerosol 20 %; 0.5 %</i>	\$0	*
<i>desenex crema 1 %</i>	\$0	*
<i>desenex polvo 2 %</i>	\$0	*
<i>desgen pediatric líquido 5 mg/ml; 50 mg/ml; 2.5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>desitin crema 13 %</i>	\$0	*
<i>desitin multi-purpose healing pomada 71.3 %</i>	\$0	*
<i>despec dm jarabe 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>despec eda líquido 5 mg/ml; 50 mg/ml; 2.5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>dexbrompheniramine/dm/phenylephrine líquido 2 mg/5 ml; 15 mg/5 ml; 7.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>dextromethorphan hbr cápsula 15 mg</i>	\$0	*
<i>dextromethorphan hydrobromide/guaifenesin líquido 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>dextromethorphan hydrobromide/guaifenesin/phenylephrine hydr tableta 17.5 mg; 385 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>dextromethorphan polistirex er suspensión de liberación prolongada 30mg/5ml</i>	\$0	*
<i>dextromethorphan/guaifenesin líquido 5 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>dextromethorphan/guaifenesin/phenylephrine líquido 18 mg/15 ml; 200 mg/15 ml; 10 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>diabetes health paquete varios 50 mg; 560 mg; 30 µg; 200 mg; 10 mg; 48 mg; 400 unidades; 350 µg; 2 mg; 25 µg; 800 µg; 50 mg; 250 µg; 100 mg; 2 mg; 20 mg; 5 µg; 80 mg; 72 mg; 150 µg; 3 mg; 5000 unidades; 1.7 mg; 150 µg; 2 mg; 10 µg; 75 µg; 70 µg; 1.5 mg; 45 unidades; 10 µg; 15 mg</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diabetic tussin cough/chest congestion dm maximum strength líquido 10 mg/5 ml; 200 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>diabetiderm crema</i>	\$0	*
<i>diabetiderm foot rejuvenating crema</i>	\$0	*
<i>diabetiderm loción</i>	\$0	*
<i>diabet-x daily preventionskin therapy crema 0.3 %</i>	\$0	*
<i>dialyvite 800 tableta 60 mg; 300 µg; 6 µg; 800 µg; 20 mg; 10 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>dialyvite 800/zinc tableta 60 mg; 300 µg; 6 µg; 800 µg; 20 mg; 10 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg; 50 mg</i>	\$0	*
<i>diaper rash crema 10 %</i>	\$0	*
<i>diastix tira</i>	\$0	*
<i>diclofenac sodium gel 1 %</i>	\$0	*
<i>di-dak-sol solución 0.013 %</i>	\$0	*
<i>diethylpropion hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 75 mg</i>	\$0	PA; *
<i>diethylpropion hcl tableta 25 mg</i>	\$0	PA; *
<i>di-gel suspensión 282 mg/5 ml; 87 mg/5 ml; 25 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>dimaphen dm cold & cough líquido 1 mg/5 ml; 5 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>dimetapp children's cold & cough líquido 1 mg/5 ml; 5 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>dimetapp long acting cough plus cold jarabe 1 mg/5 ml; 7.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hcl cápsula 50 mg</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hcl/zinc acetate crema 2 %; 0.1 %</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hydrochloride cápsula 25 mg</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hydrochloride líquido 12.5 mg/5 ml, 6.25 mg/ml</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hydrochloride tableta masticable 12.5 mg</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dml forte crema</i>	\$0	*
<i>dml loción</i>	\$0	*
<i>docosanol crema 10 %</i>	\$0	*
<i>docusate calcium cápsula 240 mg</i>	\$0	*
<i>docusate mini enema 283 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>docusate sodium cápsula 100 mg, 250 mg</i>	\$0	*
<i>docusate sodium líquido 50 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>docusate sodium jarabe 60 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>docusate sodium tableta 100 mg</i>	\$0	*
<i>dok tableta 100 mg</i>	\$0	*
<i>dometuss-dmx líquido 30 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 10 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>dona paquete 1500 mg</i>	\$0	*
<i>dona tableta 375 mg</i>	\$0	*
<i>double antibiotic pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0	*
<i>dr smiths diaper pomada 10 %</i>	\$0	*
<i>dr smiths rash + skin aerosol 10 %</i>	\$0	*
<i>dramamine motion sickness for kids tableta masticable 25 mg</i>	\$0	*
<i>dry eye relief gel 1 %</i>	\$0	*
<i>dulcolax suspensión líquida 1200 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>duofilm solución 17 %</i>	\$0	*
<i>duravent dm tableta 15 mg; 395 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>duravent pe tableta 395 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>durex realfeel non-latex dispositivo</i>	\$0	*
<i>earwax removal solución 6.5 %</i>	\$0	QL (15 ML por 30 días); *
<i>easy flow black/blue dispositivo</i>	\$0	*
<i>easy flow black/orange dispositivo</i>	\$0	*
<i>easy flow black/red dispositivo</i>	\$0	*
<i>easy flow black/white dispositivo</i>	\$0	*
<i>easy flow black/yellow dispositivo</i>	\$0	*
<i>easy flow white/blue dispositivo</i>	\$0	*
<i>easy flow white/green dispositivo</i>	\$0	*
<i>easy flow white/pink dispositivo</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>easy flow white/white dispositivo</i>	\$0	*
<i>easy flow white/yellow dispositivo</i>	\$0	*
<i>ed a-hist dm liquido 4 mg/5 ml; 15 mg/5 ml; 10 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ed a-hist dm tableta 4 mg; 10 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>ed bron gp liquido 100 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ed chlorped jr jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>effervescent pain relief tableta efervescente 325 mg; 1000 mg; 1916 mg</i>	\$0	*
<i>eldertonic liquido 13.5 %; 2 µg/15 ml; 3 mg/15 ml; 0.7 mg/15 ml; 7 mg/15 ml; 0.7 mg/15 ml; 0.6 mg/15 ml; 0.5 mg/15 ml; 5 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>solución con electrolitos</i>	\$0	*
<i>elon matrix 5000 tableta 5000 µg; 50 mg; 100 mg</i>	\$0	*
<i>elon matrix plus tableta 3000 µg; 50 mg; 100 mg</i>	\$0	*
<i>elon matrix 5000 complete tableta 100 mg; 5000 µg; 8.3 mg; 333 unidades; 50 mg; 50 mg; 33 µg; 33 mg; 200 mg; 250 µg; 33 mg; 10 mg; 1666 unidades; 1.7 mg; 100 mg; 33 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>elon matrix complete tableta 100 mg; 3000 µg; 50 mg; 50 mg; 33 µg; 33 mg; 200 mg; 250 µg; 33 mg; 8.3 mg; 10 mg; 1666 unidades; 1.7 mg; 100 mg; 33 unidades; 333 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>elon r3 tableta 2500 µg; 25 mg; 100 mg</i>	\$0	*
<i>elon skin repair system crema</i>	\$0	*
<i>emergen-c blue paquete 1 mg/8.4 g; 1000 mg/8.4 g; 50 mg/8.4 g; 10 µg/8.4 g; 25 µg/8.4 g; 12.5 µg/8.4 g; 60 mg/8.4 g; 0.5 mg/8.4 g; 5 mg/8.4 g; 2.5 mg/8.4 g; 38 mg/8.4 g; 200 mg/8.4 g; 10 mg/8.4 g; 1 mg/8.4 g; 0.43 mg/8.4 g; 10 mg/8.4 g; 60 mg/8.4 g; 0.38 mg/8.4 g; 2 mg/8.4 g</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>emergen-c five paquete 1 mg/4.8 g; 1000 mg/4.8 g; 50 mg/4.8 g; 10 µg/4.8 g; 2.5 µg/4.8 g; 12.5 µg/4.8 g; 60 mg/4.8 g; 0.5 mg/4.8 g; 5 mg/4.8 g; 2.5 mg/4.8 g; 38 mg/4.8 g; 200 mg/4.8 g; 10 mg/4.8 g; 1 mg/4.8 g; 0.43 mg/4.8 g; 60 mg/4.8 g; 0.38 mg/4.8 g; 2 mg/4.8 g</i>	\$0	*
<i>emergen-c heart health paquete 1 mg/9 g; 1000 mg/9 g; 50 mg/9 g; 10 µg/9 g; 25 µg/9 g; 12.5 µg/9 g; 2 mg/9 g; 60 mg/9 g; 0.5 mg/9 g; 5 mg/9 g; 2.5 mg/9 g; 38 mg/9 g; 200 mg/9 g; 10 mg/9 g; 1 mg/9 g; 0.43 mg/9 g; 60 mg/9 g; 650 mg/9 g; 0.38 mg/9 g; 2 mg/9 g</i>	\$0	*
<i>emergen-c immune paquete 1000 mg/9.2 g; 50 mg/9.2 g; 2.5 mg/9.2 g; 1000 unidades/9.2 g; 10 µg/9.2 g; 25 µg/9.2 g; 100 µg/9.2 g; 500 mg/9.2 g; 60 mg/9.2 g; 0.5 mg/9.2 g; 4 mg/9.2 g; 38 mg/9.2 g; 200 mg/9.2 g; 10 mg/9.2 g; 0.43 mg/9.2 g; 70 mg/9.2 g; 0.38 mg/9.2 g; 10 mg/9.2 g</i>	\$0	*
<i>emergen-c immune plus paquete 1000 mg/8.9 g; 50 mg/8.9 g; 1000 unidades/8.9 g; 10 µg/8.9 g; 25 µg/8.9 g; 100 µg/8.9 g; 38 mg/8.9 g; 0.5 mg/8.9 g; 4 mg/8.9 g; 2.5 mg/8.9 g; 38 mg/8.9 g; 200 mg/8.9 g; 10 mg/8.9 g; 0.43 mg/8.9 g; 70 mg/8.9 g; 0.38 mg/8.9 g; 10 mg/8.9 g</i>	\$0	*
<i>emergen-c immune+ paquete 1000 mg/9.5 g; 50 mg/9.5 g; 10 µg/9.5 g 25 µg/9.5 g; 100 µg/9.5 g; 53 mg/9.5 g; 0.5 mg/9.5 g; 4.5 mg/9.5 g; 2.5 mg/9.5 g; 38 mg/9.5 g; 200 mg/9.5 g; 10 mg/9.5 g; 0.39 mg/9.5 g; 75 mg/9.5 g; 0.36 mg/9.5 g; 25 µg/9.5 g; 10 mg/9.5 g</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>emergen-c immune+ warmers paquete</i> 1000 mg/9.3 g; 50 mg/9.3 g; 2.5 mg/9.3 g; 1000 unidades/9.3 g; 10 µg/9.3 g; 25 µg/9.3 g; 100 µg/9.3 g; 500 mg/9.3 g; 60 mg/9.3 g; 0.5 mg/9.3 g; 4 mg/9.3 g; 38 mg/9.3 g; 200 mg/9.3 g; 10 mg/9.3 g; 0.43 mg/9.3 g; 70 mg/9.3 g; 0.38 mg/9.3 g; 10 mg/9.3 g	\$0	*
<i>emergen-c joint health paquete</i> 1 mg/9.3 g; 333 mg/9.3 g; 50 mg/9.3 g; 400 mg/9.3 g; 10 µg/9.3 g; 25 µg/9.3 g; 12.5 µg/9.3 g; 500 mg/9.3 g; 82 mg/9.3 g; 60 mg/9.3 g; 0.5 mg/9.3 g; 5 mg/9.3 g; 2.5 mg/9.3 g; 38 mg/9.3 g; 200 mg/9.3 g; 10 mg/9.3 g; 0.43 mg/9.3 g; 110 mg/9.3 g; 0.38 mg/9.3 g; 2 mg/9.3 g	\$0	*
<i>emergen-c kidz paquete</i> 250 mg; 100 mg; 2.5 mg; 10 µg; 25 µg; 100 µg; 60 mg; 0.5 mg; 4 mg; 38 mg; 250 mg; 10 mg; 70 mg; 2 mg	\$0	*
<i>emergen-c msm lite paquete</i> 1 mg/4.8 g; 1000 mg/4.8 g; 50 mg/4.8 g; 10 µg/4.8 g; 25 µg/4.8 g; 25 µg/4.8 g; 60 mg/4.8 g; 0.5 mg/4.8 g; 1000 mg/4.8 g; 10 mg/4.8 g; 98 mg/4.8 g; 200 mg/4.8 g; 60 mg/4.8 g; 2 mg/4.8 g	\$0	*
<i>emergen-c pink paquete</i> 1 mg/9.4 g; 1000 mg/9.4 g; 50 mg/9.4 g; 2.5 mg/9.4 g; 10 µg/9.4 g; 25 µg/9.4 g; 12.5 µg/9.4 g; 60 mg/9.4 g; 0.5 mg/9.4 g; 5 mg/9.4 g; 38 mg/9.4 g; 200 mg/9.4 g; 10 mg/9.4 g; 1 mg/9.4 g; 0.43 mg/9.4 g; 10 mg/9.4 g; 60 mg/9.4 g; 0.38 mg/9.4 g; 2 mg/9.4 g	\$0	*
<i>emergen-c super fruit paquete</i> 1000 mg/8.4 g; 50 mg/8.4 g; 10 µg/8.4 g; 25 µg/8.4 g; 100 µg/8.4 g; 60 mg/8.4 g; 0.5 mg/8.4 g; 4 mg/8.4 g; 2.5 mg/8.4 g; 38 mg/8.4 g; 200 mg/8.4 g; 10 mg/8.4 g; 0.43 mg/8.4 g; 65 mg/8.4 g; 0.38 mg/8.4 g; 2 mg/8.4 g	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>emergen-c vitamin c lite paquete 1 mg/3.8 g; 1000 mg/3.8 g; 50 mg/3.8 g; 10 µg/3.8 g; 25 µg/3.8 g; 25 µg/3.8 g; 60 mg/3.8 g; 0.5 mg/3.8 g; 10 mg/3.8 g; 98 mg/3.8 g; 200 mg/3.8 g; 60 mg/3.8 g; 2 mg/3.8 g</i>	\$0	*
<i>emergen-c vitamin c paquete 1 mg/8.3 g; 1000 mg/8.3 g; 50 mg/8.3 g; 2.5 mg/8.3 g; 10 µg/8.3 g; 25 µg/8.3 g; 12.5 µg/8.3 g; 60 mg/8.3 g; 0.5 mg/8.3 g; 5 mg/8.3 g; 38 mg/8.3 g; 200 mg/8.3 g; 10 mg/8.3 g; 1 mg/8.3 g; 0.43 mg/8.3 g; 60 mg/8.3 g; 0.38 mg/8.3 g; 2 mg/8.3 g</i>	\$0	*
<i>emergen-c vitamin d & calcium paquete 1 mg/8.8 g; 500 mg/8.8 g; 500 mg/8.8 g; 2.5 mg/8.8 g; 1000 unidades/8.8 g; 10 µg/8.8 g; 12.5 µg/8.8 g; 6.25 µg/8.8 g; 50 mg/8.8 g; 0.5 mg/8.8 g; 2.5 mg/8.8 g; 110 mg/8.8 g; 5 mg/8.8 g; 1 mg/8.8 g; 0.22 mg/8.8 g; 30 mg/8.8 g; 0.19 mg/8.8 g; 2 mg/8.8 g</i>	\$0	*
<i>emollia-creme crema</i>	\$0	*
<i>emollia-lotion loción</i>	\$0	*
<i>cápsula vegetal vacía/cierre fácil, n.º0 cápsula</i>	\$0	*
<i>cápsula vegetal vacía/cierre fácil, n.º0 cápsula</i>	\$0	*
<i>cápsula vegetal vacía/cierre fácil, n.º1 cápsula</i>	\$0	*
<i>encare supositorio 100 mg</i>	\$0	*
<i>endacof-dm líquido 1 mg/5 ml; 5 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>endur-acin tableta de liberación prolongada 750 mg</i>	\$0	*
<i>enema disponible enema 7 g/118 ml; 19 g/118 ml</i>	\$0	*
<i>enema de aceite mineral enema</i>	\$0	*
<i>energy booster paquete 1 mg; 1000 mg; 50 mg; 2.5 mg; 10 µg; 2.5 mg; 12.5 mg; 60 mg; 0.5 µg; 5 mg; 38 mg; 200 mg; 10 mg; 1 mg; 0.43 mg; 60 mg; 0.38 mg</i>	\$0	*
<i>ephryne nose drops solución 1 %</i>	\$0	*
<i>epilyt loción</i>	\$0	*
<i>eq therapeutic dry skin crema</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eq crema humectante terapéutica</i>	\$0	*
<i>eql absolute moisture dry skin loción</i>	\$0	*
<i>eql advanced recovery skin care loción</i>	\$0	*
<i>eql advanced skin therapy loción</i>	\$0	*
<i>eql aloe after sun loción</i>	\$0	*
<i>eql antibacterial deodorant barra de jabón 0.3 %</i>	\$0	*
<i>eql calcium/vitamin d cápsula 600 mg; 100 unidades</i>	\$0	*
<i>eql melatonin/vitamin b-6 tableta 3 mg; 1 mg</i>	\$0	*
<i>eql crema humectante</i>	\$0	*
<i>eql one daily womens tableta 60 mg; 30 µg; 450 mg; 5 mg; 800 unidades; 120 µg; 2 mg; 6 µg; 18 mg; 400 µg; 50 mg; 2 mg; 10 mg; 25 µg; 2 mg; 2500 unidades; 1.7 mg; 20 µg; 1.5 mg; 30 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>eql loción humectante intensiva de día</i>	\$0	*
<i>equalactin tableta masticable 625 mg</i>	\$0	*
<i>ergocalciferol solución 8000 unidades/ml</i>	\$0	*
<i>esomeprazole magnesium dr 24 h tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0	*
<i>ethyl oleate líquido</i>	\$0	*
<i>ethyl rubbing alcohol solución 70 %</i>	\$0	*
<i>eucerin advanced repair crema</i>	\$0	*
<i>eucerin advanced repair crema para manos</i>	\$0	*
<i>eucerin baby loción</i>	\$0	*
<i>eucerin daily hydration crema</i>	\$0	*
<i>eucerin daily hydration spf15 loción 3.4 %; 2 %; 3.4 %; 4.7 %</i>	\$0	*
<i>eucerin daily protection/spf 30 loción 4.5 %; 7.5 %; 2 %; 2.38 %; 4.85 %</i>	\$0	*
<i>eucerin intensive repair loción</i>	\$0	*
<i>eucerin loción</i>	\$0	*
<i>eucerin original healing loción</i>	\$0	*
<i>eucerin plus crema 2.5 %; 10 %</i>	\$0	*
<i>eucerin plus loción 5 %; 5 %</i>	\$0	*
<i>eucerineucerin professional repair rich feel loción</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eucerineucerin redness relief crema nocturna</i>	\$0	*
<i>eucerin roughness relief crema</i>	\$0	*
<i>eucerin roughness relief loción</i>	\$0	*
<i>eucerineucerin smoothing repair advanced formula loción</i>	\$0	*
<i>evolution60 paquete</i>	\$0	*
<i>ex-lax maximum strength tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>ex-lax tableta masticable 15 mg</i>	\$0	*
<i>eye allergy relief solución 0.025 %; 0.3 %, 0.027 %; 0.315 %</i>	\$0	*
<i>ezfe 200 cápsula 200 mg</i>	\$0	*
<i>fast freeze pro style therapy gel 3.5 %</i>	\$0	*
<i>fc2 preservativo femenino varios</i>	\$0	*
<i>femquil cápsula 25 mg; 2.25 mg; 30 mg; 25 mg; 100 µg; 25 mg; 170 µg; 6.25 mg; 25 mg; 12.5 mg; 10 mg; 7.5 mg; 12.5 mg; 12.5 mg</i>	\$0	*
<i>ferretts chewable iron tableta masticable 18 mg</i>	\$0	*
<i>ferretts tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>ferrimin 150 tableta 150 mg</i>	\$0	*
<i>ferrous fumarate 324 tableta 324 mg</i>	\$0	*
<i>ferrous fumarate tableta 29 mg</i>	\$0	*
<i>ferrous gluconate tableta 240 mg, 324 mg</i>	\$0	*
<i>ferrous sulfate solución 220 mg/5 ml, 300 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ferrous sulfate tableta 27 mg, 325 mg</i>	\$0	*
<i>ferrous sulfate ttableta de liberación retardada 324 mg, 325 mg</i>	\$0	*
<i>feverall infants supositorio 80 mg</i>	\$0	*
<i>feverall junior strength supositorio 325 mg</i>	\$0	*
<i>fexofenadine hydrochloride tableta 180 mg, 60 mg</i>	\$0	*
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 12 horas 60 mg; 120 mg</i>	\$0	*
<i>fiber polvo 28.3 %</i>	\$0	*
<i>fiber tabs tableta 625 mg</i>	\$0	*
<i>fiber therapy tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>first aid antiseptic pomada 10 %</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cápsula de aceite de pescado 60 mg; 90 mg; 500 mg; 158 mg</i>	\$0	*
<i>cápsula de aceite de pescado de liberación prolongada 1000 mg; 300 mg</i>	\$0	*
<i>cápsula en perlas de aceite de pescado 150 mg, 180 mg, 75 mg; 91.67 mg; 183.33 mg</i>	\$0	*
<i>tableta masticable de aceite de pescado 90 mg; 135 mg; 875 mg</i>	\$0	*
<i>cápsula de aceite de pescado de concentración triple 1400 mg; 850 mg</i>	\$0	*
<i>flanders buttocks pomada 66.2 %; 13.4 %</i>	\$0	*
<i>fleet liquid glycerin supositorios enema 5.4 g/ dosis</i>	\$0	*
<i>flonase allergy relief suspensión 50 µg/act</i>	\$0	*
<i>flonase sensimist childrens suspensión 27.5 µg/ aerosol</i>	\$0	*
<i>flonase sensimist suspensión 27.5 µg/aerosol</i>	\$0	*
<i>floranex one cápsula 200 mg; 250 mg</i>	\$0	*
<i>flu/severe cold & cough daytime paquete 650 mg; 20 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>folbee plus tableta 60 mg; 300 µg; 10 mg; 1 mg; 5 mg; 20 mg; 50 mg; 1.5 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>folic acid cápsula 20 mg, 800 µg</i>	\$0	*
<i>folic acid tableta 1 mg</i>	\$0	*
<i>folic acid tableta 400 µg, 800 µg</i>	\$0	*
<i>folitab 500 tableta de liberación prolongada 500 mg; 525 mg; 0.8 mg</i>	\$0	*
<i>foltanx rf cápsula 3 mg; 2 mg; 35 mg; 90.314 mg</i>	\$0	*
<i>fora gtel blood ketone tiras reactivas</i>	\$0	*
<i>fora test n' go advance/voice/6 connect tira</i>	\$0	*
<i>freeze it fast pain relief gel 3.5 %</i>	\$0	*
<i>freshkote solución 2.7 %; 2 %</i>	\$0	*
<i>full spectrum b/vitamin c tableta 60 mg; 300 µg; 6 µg; 800 µg; 20 mg; 10 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>fungoid tincture kit 2 %</i>	\$0	*
<i>aceite de ajo 1000 cápsula 2 mg</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tableta de ajo 200 mg, 400 mg</i>	\$0	*
<i>tableta de ajo de liberación prolongada 2000 mg</i>	\$0	*
<i>gas relief infants liquido 20 mg/0.3 ml</i>	\$0	*
<i>gas-x extra strength tira 62.5 mg</i>	\$0	*
<i>gas-x infant drops liquido 20 mg/0.3 ml</i>	\$0	*
<i>gaviscon extra strength tableta masticable 160 mg; 105 mg</i>	\$0	*
<i>gaviscon suspensión 95 mg/15 ml; 358 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>gaviscon tableta masticable 80 mg; 14.2 mg</i>	\$0	*
<i>gcon ir tableta 385 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>gencontuss liquido 2 mg/5 ml; 10 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>genteal severe tears gel 0.3 %</i>	\$0	*
<i>genteal tears liquid drops moderate solución 0.1 %; 0.2 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>genteal tears moderate pf solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>genteal tears severe day/night gel 0.4 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>gentle skin cleanser liquido</i>	\$0	*
<i>gentle skin cleanser loción</i>	\$0	*
<i>giltuss allergy plus cough & congestion liquido 2 mg/5 ml; 10 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>giltuss cough & cold liquido 15 mg/5 ml; 300 mg/5 ml; 10 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>giltuss cough & cold tableta 28 mg; 388 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>giltuss ex expectorant childrens liquido 200 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>giltuss ex maximum strength liquido 400 mg/10 ml</i>	\$0	*
<i>giltuss sinus & congestion tableta 388 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>glenmax peb dm liquido 2 mg/5 ml; 10 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>glucosamine chondroitin complex tableta 30 mg; 200 mg; 250 mg; 2.5 mg; 28 mg</i>	\$0	*
<i>glucosamine msm complex tableta 20 mg; 33.3 mg; 500 mg; 1.6 mg; 333 mg; 33.3 mg</i>	\$0	*
<i>glucosamine sulfate cápsula 500 mg</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glucosamine sulfate tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>glucosamine/chondroitin cápsula 200 mg; 250 mg</i>	\$0	*
<i>glucosamine/chondroitin líquido 1500 mg/30 ml; 1200 mg/30 ml, 60 mg/30 ml; 1200 mg/30 ml; 2000 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>glucosamine/chondroitin triple strength tableta 600 mg; 750 mg</i>	\$0	*
<i>glucosamine-chondroitin cápsula 400 mg; 500 mg</i>	\$0	*
<i>glucose gel 40 %</i>	\$0	*
<i>glucose instant energy tableta masticable 6 mg; 4 g</i>	\$0	*
<i>glucose líquido 15 g/59 ml</i>	\$0	*
<i>glucose tableta masticable 4 g</i>	\$0	*
<i>glycerin adult supositorio 2.1 g, 2 g</i>	\$0	*
<i>glycerin external líquido</i>	\$0	*
<i>glycerin infants & children suppository 1.2 g, 1 g</i>	\$0	*
<i>glycotrol cápsula</i>	\$0	*
<i>glycotrol complete cápsula</i>	\$0	*
<i>gnp cápsula de aceite de pescado de liberación prolongada 150 mg; 216.67 mg; 840 mg</i>	\$0	*
<i>gnp immune support paquete 1000 mg; 50 mg; 10 µg; 25 µg; 100 µg; 60 mg; 0.5 mg; 4 mg; 2.5 mg; 38 mg; 200 mg; 10 mg; 0.43 mg; 65 mg; 0.38 mg; 2 mg</i>	\$0	*
<i>gnp iron tableta 200 mg</i>	\$0	*
<i>gnp l-lysine tableta 600 mg</i>	\$0	*
<i>gnp natural fiber polvo 58.6 %</i>	\$0	*
<i>gnp vitamin a/d pomada 15.5 %; 53.4 %</i>	\$0	*
<i>gojji blood ketone tiras reactivas</i>	\$0	*
<i>gold bond age renew crepe corrector en crema</i>	\$0	*
<i>gold bond diabetics dry skin relief crema para manos</i>	\$0	*
<i>gold bond essentials everyday moisture mens crema</i>	\$0	*
<i>gold bond everyday moisture mens essentials loción</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gold bond healing crema para manos</i>	\$0	*
<i>gold bond healing loción</i>	\$0	*
<i>gold bond medicated body lotion extra strength loción 0.5 %, 5 %; 0.5 %</i>	\$0	*
<i>gold bond medicated loción corporal 5 %; 0.15 %</i>	\$0	*
<i>gold bond pain relieving crema para pies 16 %</i>	\$0	*
<i>gold bond pure moisture daily body & face loción</i>	\$0	*
<i>gold bond radiance renewal crema hidratante</i>	\$0	*
<i>gold bond ultimate diabetics' dry relief loción</i>	\$0	*
<i>gold bond ultimate healing crema</i>	\$0	*
<i>gold bond ultimate healing loción</i>	\$0	*
<i>gold bond ultimate overnight loción</i>	\$0	*
<i>gold bond ultimate protection loción</i>	\$0	*
<i>gold bond ultimate restoring loción</i>	\$0	*
<i>gold bond ultimate rough & bumpy skin crema</i>	\$0	*
<i>gold bond ultimate sheer ribbons pearlradiance loción</i>	\$0	*
<i>gold bond ultimate softening loción</i>	\$0	*
<i>gold bond ultimate soothing crema</i>	\$0	*
<i>gold bond ultimate soothing loción</i>	\$0	*
<i>good start supreme líquido de agua estéril</i>	\$0	*
<i>goodsense 24-hour allergy aerosol nasal suspensión 50 µg/pulverización</i>	\$0	*
<i>goodsense all day allergy childrens solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>goodsense anti-itch maximum strength pomada 1 %</i>	\$0	*
<i>goodsense capsaicin arthritis pain relief líquido 0.15 %</i>	\$0	*
<i>goodsense corn & callus remover kit 17 %</i>	\$0	*
<i>goodsense esomeprazole magnesium cápsula de liberación prolongada 20 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense ibuprofen childrens tableta masticable 100 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense lansoprazole cápsula de liberación prolongada 15 mg</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense miconazole 1 kit</i>	\$0	*
<i>goodsense mucus dm tableta de liberación prolongada 12 horas 60 mg; 1200 mg</i>	\$0	*
<i>goodys extra strength paquete 260 mg; 520 mg; 32.5 mg, 325 mg; 500 mg; 65 mg</i>	\$0	*
<i>gordomatic loción</i>	\$0	*
<i>gordons urea crema 40 %</i>	\$0	*
<i>gordons-vite a loción 100000 unidades</i>	\$0	*
<i>g-supress dx pediatric líquido 5 mg/ml; 50 mg/ml; 2.5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>g-tron ped líquido 15 mg/5 ml; 350 mg/5 ml; 10 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>g-tron pediatric drops líquido 5 mg/ml; 100 mg/ml; 2.5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>g-tusicof líquido 20 mg/5 ml; 400 mg/5 ml; 10 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>guaifenesin dac solución 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml; 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>guaifenesin er tableta de liberación prolongada 12 horas 1200 mg, 600 mg</i>	\$0	*
<i>guaifenesin líquido 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>guaifenesin tableta 200 mg, 400 mg</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/codeine solución 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide tableta 20 mg; 400 mg</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/dextromethorphan jarabe 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/phenylephrine tableta 400 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/pseudoephedrine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 12 horas 1200 mg; 120 mg</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/pseudoephedrine hydrochloride tableta de liberación prolongada 12 horas 600 mg; 60 mg</i>	\$0	*
<i>g-zyncof jarabe 20 mg/5 ml; 400 mg/5 ml</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>air nourishing supplement tableta 59 mg; 3000 µg; 10 mg; 36.7 mg; 6 mg; 7.5 mg; 12 mg; 15 mg</i>	\$0	*
<i>h-chlor 12 solución 0.125 %</i>	\$0	*
<i>h-chlor 6 solución 0.062 %</i>	\$0	*
<i>headache formula tableta 250 mg; 250 mg; 65 mg</i>	\$0	*
<i>heart savior cápsula 15 mg; 50 µg; 25 mg; 25 mg; 200 mg; 5 mg; 250 mg</i>	\$0	*
<i>heart tabs tableta 250 unidades; 50 mg; 100 mg; 1250 unidades; 15 µg; 50 mg; 3 µg; 100 µg; 25 mg; 25 mg; 5 mg; 100 mg; 500 µg; 2000 µg; 25 mg; 3 mg; 50 mg; 200 unidades; 1 mg; 20 µg; 1 mg; 95 unidades; 50 µg</i>	\$0	*
<i>heartburn relief extra strength suspensión 254 mg/5 ml; 237.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>hemorrhoidal crema 14.4 %; 15 %; 0.25 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>hemorrhoidal pomada 14 %; 74.9 %; 0.25 %</i>	\$0	*
<i>hemorrhoidal relief crema 5 %</i>	\$0	*
<i>hemorrhoidal supositorio 88.7 %; 0.25 %</i>	\$0	*
<i>herbiomed severe cold & flu líquido 650 mg/20 ml; 20 mg/20 ml; 400 mg/20 ml; 10 mg/20 ml</i>	\$0	*
<i>histex pd líquido 0.938 mg/ml</i>	\$0	*
<i>histex jarabe 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>hm docosanol crema 10 %</i>	\$0	*
<i>hm dry eye relief solución 0.2 %; 0.2 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>hm eye drops solución 0.05 %</i>	\$0	*
<i>hm hemorrhoidal pomada 14 %; 74.9 %; 0.25 %</i>	\$0	*
<i>honey bears tableta masticable 30 mg; 3 µg; 200 µg; 5 mg; 1 mg; 0.85 mg; 0.75 mg; 750 µg; 5 µg; 7 mg</i>	\$0	*
<i>honey bears w/iron and zinc tableta masticable 30 mg; 200 unidades; 3 µg; 4.5 mg; 200 µg; 5 mg; 1 mg; 2500 unidades; 0.85 mg; 0.75 mg; 15 unidades; 3.75 mg</i>	\$0	*
<i>hydrasyn25 crema</i>	\$0	*
<i>hydrazone loción</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocerin crema</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone crema 0.5 %, 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone loción 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone pomada 0.5 %, 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrogen peroxide solución 3 %</i>	\$0	*
<i>hysept 25 solución 0.25 %</i>	\$0	*
<i>hysept 50 solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>ibuprofen cápsula 200 mg</i>	\$0	*
<i>ibuprofen infants suspensión 50 mg/1.25 ml</i>	\$0	*
<i>ibuprofen suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ibuprofen tableta 200 mg</i>	\$0	*
<i>ice blue gel 2 %</i>	\$0	*
<i>icy hot advanced relief pain relief patch parche 7.5 %</i>	\$0	*
<i>icy hot líquido 16 %</i>	\$0	*
<i>icy hot naturals crema 7.5 %</i>	\$0	*
<i>icy hot original pain relief crema 10 %; 30 %</i>	\$0	*
<i>immublast-c paquete 1000 mg; 50 mg; 2.5 mg; 10 µg; 25 µg; 100 µg; 60 mg; 0.5 mg; 4 mg; 38 mg; 200 mg; 10 mg; 0.43 mg; 65 mg; 0.38 mg, 2 mg</i>	\$0	*
<i>immunerx cápsula 62.5 mg; 125 mg; 31.25 mg; 31.25 µg; 0.25 mg; 250 µg; 62.5 mg; 30 mg; 30 µg; 100 mg; 25 mg; 750 µg; 25 µg; 16.75 mg; 7.5 mg</i>	\$0	*
<i>immunicare cápsula 15 mg; 50 mg; 10 mg; 50 mg; 10 mg; 10 mg; 50 mg; 100 mg; 10 mg; 1 mg; 25 mg; 50 mg; 25 mg; 25 mg; 100 mg; 10 µg; 150 mg; 15 unidades</i>	\$0	*
<i>insta-glucose gel 77.4 %</i>	\$0	*
<i>instant ear-dry líquido 5 %; 95 %</i>	\$0	*
<i>intense cough reliever double strength líquido 20 mg/5 ml; 300 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>intense cough reliever líquido 30 mg/5 ml; 200 mg/5 ml</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>inulose blood sugar support cápsula 25 mg; 30 mg; 50 mg; 25 mg; 25 mg; 300 µg; 50 mg; 10 mg; 67 µg; 50 mg; 50 mg; 50 mg; 25 mg; 50 mg; 125 mg; 1 mg; 25 mg; 15 unidades; 1 mg; 7.5 mg</i>	\$0	*
<i>iodex pomada 4.7 %</i>	\$0	*
<i>iron 100 plus tableta 250 mg; 25 µg; 1 mg; 100 mg</i>	\$0	*
<i>iron chews pediatric tableta masticable 15 mg</i>	\$0	*
<i>iron er tableta de liberación prolongada 50 mg</i>	\$0	*
<i>iron infant/toddler solución 15 mg/ml</i>	\$0	*
<i>iron polysaccharide complex cápsula 150 mg</i>	\$0	*
<i>iron slow release tableta de liberación prolongada 45 mg</i>	\$0	*
<i>iron tableta 28 mg</i>	\$0	*
<i>iron tableta de liberación prolongada 45 mg</i>	\$0	*
<i>iron up líquido 15 mg/0.5 ml</i>	\$0	*
<i>iron/vitamin c tableta 250 mg; 100 mg</i>	\$0	*
<i>isopropyl rubbing alcohol solución 70 %</i>	\$0	*
<i>itch relief extra strength líquido 2 %; 0.1 %</i>	\$0	*
<i>ivermectin loción 0.5 %</i>	\$0	*
<i>j & j burn crema</i>	\$0	*
<i>johnsons skin nourish moisturizing loción</i>	\$0	*
<i>kapectate extra strength suspensión 525 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>kapectate suspensión 262 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>kapectate tableta 262 mg</i>	\$0	*
<i>kendall gel skin scrub pack/large winged sponges kit 1 %</i>	\$0	*
<i>kendall vaginal prep pack kit 1 %</i>	\$0	*
<i>kendall wet skin scrub pack kit 1 %</i>	\$0	*
<i>kera tek gel 16 %; 28 %</i>	\$0	*
<i>keradan crema</i>	\$0	*
<i>keralyt gel 3 %</i>	\$0	*
<i>keri nourishing shea butter loción</i>	\$0	*
<i>keri original daily moisture loción</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>keto-diastring tiras</i>	\$0	*
<i>ketone tiras reactivas tiras</i>	\$0	*
<i>ketotifen fumarate solución 0.035 %</i>	\$0	*
<i>konsyl daily fiber paquete 100 %, 28.3 %</i>	\$0	*
<i>konsyl daily fiber polvo 60.3 %</i>	\$0	*
<i>konsyl paquete 60.3 %</i>	\$0	*
<i>konsyl polvo 71.67 %</i>	\$0	*
<i>konsyl-d polvo 52.3 %</i>	\$0	*
<i>kp mens daily pack varios 30 µg; 150 µg; 140 mg; 20 mg; 72 mg; 400 unidades; 120 µg; 2 mg; 25 µg; 400 µg; 250 µg; 100 mg; 2 mg; 5 µg; 48 mg; 10 µg; 80 mg; 150 µg; 3000 unidades; 2 mg; 10 µg; 75 µg; 20 µg; 10 µg; 100 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>kp womens daily pack varios 30 µg; 150 µg; 20 mg; 72 mg; 400 unidades; 120 µg; 2 mg; 25 µg; 400 µg; 250 µg; 100 mg; 2 mg; 5 µg; 48 mg; 10 µg; 80 mg; 150 µg; 3000 unidades; 2 mg; 10 µg; 75 µg; 20 µg; 10 µg; 15 mg</i>	\$0	*
<i>lac-hydrin five loción 5 %</i>	\$0	*
<i>lactinol hx crema</i>	\$0	*
<i>lactobacillus paquete</i>	\$0	*
<i>lactose monohydrate polvo</i>	\$0	*
<i>lanaphilic/urea pomada 10 %, 20 %</i>	\$0	*
<i>land before time multivitamin/iron tableta masticable</i>	\$0	*
<i>leader finger crema</i>	\$0	*
<i>lecithin cápsula 1200 mg</i>	\$0	*
<i>levonorgestrel tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>lice killing champú 4 %; 0.33 %</i>	\$0	QL (240 ML por 30 días); *
<i>lice treatment crema de enjuague líquido 1 %</i>	\$0	QL (120 ML por 30 días); *
<i>lice treatment líquido 1 %</i>	\$0	QL (120 ML por 30 días); *
<i>lidocaine crema 5 %</i>	\$0	*
<i>lidocaine hydrochloride crema 4 %</i>	\$0	*
<i>lidocaine pain relief patch parche 4 %</i>	\$0	*
<i>lidocaine topical anesthetic crema 4 %</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>life pack mens varios 700 mg; 5000 unidades; 5 mg; 600 mg; 120 mg; 150 mg; 400 unidades; 10 mg; 2 mg; 66 µg; 18 mg; 800 µg; 5 mg; 10 mg; 75 µg; 100 mg; 2 mg; 300 mg; 10 mg; 150 mg; 30 mg; 25 mg; 27 mg; 35 mg; 5 mg; 25 µg; 25 mg; 230 unidades; 22.5 mg</i>	\$0	*
<i>life pack womens varios</i>	\$0	*
<i>lintera espuma de lavado de 10 %</i>	\$0	*
<i>lipidshield plus tableta</i>	\$0	*
<i>lipotriad vision support cápsula 100 mg; 12500 unidades; 40 mg; 50 mg; 10 mg; 1.5 mg; 50 mg; 200 mg; 12.5 mg</i>	\$0	*
<i>lipotriad vision support plus cápsula 100 mg; 40 mg; 50 mg; 10 mg; 1.5 mg; 50 mg; 200 mg; 100 unidades; 12.5 mg</i>	\$0	*
<i>lipotriad visionary cápsula 113 mg; 400 µg; 125 mg; 50 mg; 250 mg; 10 mg; 200 mg; 100 unidades; 2.5 mg; 17.4 mg</i>	\$0	*
<i>liqsorb líquido 100 mg/ml</i>	\$0	*
<i>liquid b12 líquido 1000 µg/15 ml</i>	\$0	*
<i>liquid calcium with d3 maximum strength cápsula 600 mg; 1000 unidades</i>	\$0	*
<i>little tummys laxative líquido 8.8 mg/ml</i>	\$0	*
<i>l-lysine hcl tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>l-lysine tableta 1000 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>l-methylfolate forte cápsula 15 mg; 90.314 mg, 7.5 mg; 90.314 mg</i>	\$0	*
<i>lohist-dm jarabe 2 mg/5 ml; 10 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>loperamide hydrochloride solución 1 mg/7.5 ml</i>	\$0	*
<i>loperamide hydrochloride suspensión 1 mg/7.5 ml</i>	\$0	*
<i>loperamide hydrochloride tableta 2 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine cápsula 10 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine childrens tableta masticable 5 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>loratadine tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine tableta que se desintegra 10 mg</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loratadine-d 12 h tableta de liberación prolongada 12 horas 5 mg; 120 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine-d 24hr tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg; 240 mg</i>	\$0	*
<i>lortuss ex líquido 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml; 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>lubricant eye drops solución 0.1 %; 0.3 %, 0.4 %; 0.3 %, 0.6 %</i>	\$0	*
<i>lubricant eye drops/dual-action solución 0.5 %; 0.9 %</i>	\$0	*
<i>lubricant eye pomada 42.5 %; 57.3 %</i>	\$0	*
<i>lubricating skin loción</i>	\$0	*
<i>lubriderm advanced therapy crema</i>	\$0	*
<i>lubriderm advanced therapy loción</i>	\$0	*
<i>lubriderm daily moisture/normal to dry skin loción</i>	\$0	*
<i>lubriderm intense skin repair loción</i>	\$0	*
<i>lubriderm loción</i>	\$0	*
<i>lubrisoft loción</i>	\$0	*
<i>lysiplex plus líquido 45 mg/15 ml; 150 µg/15 ml; 50 µg/15 ml; 2 mg/15 ml; 800 µg/15 ml; 10 mg/15 ml; 1000 mg/15 ml; 15 µg/15 ml; 50 mg/15 ml; 50 mg/15 ml; 50 mg/15 ml; 15 mg/15 ml; 50 mg/15 ml; 2750 µg/15 ml; 15 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>mag-al plus líquido 200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 20 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>magdelay tableta de liberación prolongada 64 mg</i>	\$0	*
<i>magnesium cápsula 400 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>magnesium citrate solución 1.745 g/30 ml</i>	\$0	*
<i>magnesium elemental tableta 30 mg</i>	\$0	*
<i>magnesium oxide cápsula 400 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>magnesium oxide tableta 400 mg, 420 mg</i>	\$0	*
<i>magnesium tableta 200 mg, 250 mg, 400 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>magnesium tableta masticable 200 mg</i>	\$0	*
<i>mag-oxide tableta 200 mg</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mapap cápsula 500 mg</i>	\$0	*
<i>mapap cold formula multi-symptom tableta 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>maximin pack varios 1390 mg; 30 µg; 150 µg; 720 mg; 70 mg; 45 µg; 25 µg; 0.9 mg; 500 µg; 150 µg; 250 µg; 300 µg; 50 mg; 2.3 mg; 45 µg; 70 mg; 20 mg; 50 mg; 80 mg; 8 mg; 11.9 mg; 55 µg; 2 mg; 5 mg; 16.5 mg; 10 µg; 750 µg; 35 µg; 202.5 mg; 30 µg; 11 mg</i>	\$0	*
<i>maxi-tuss gmx líquido 10 mg/5 ml; 200 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>maxi-tuss pe max líquido 100 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>maxorb extra ag+ pad</i>	\$0	*
<i>m-clear wc solución 6.33 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>meclizine hcl tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>meclizine hydrochloride tableta 12.5 mg</i>	\$0	*
<i>meclizine hydrochloride tableta masticable 25 mg</i>	\$0	*
<i>medcaps dpo cápsula 50 mg; 50 mg; 25 mg; 50 µg; 150 mg; 170 µg; 46.875 mg; 25 mg; 62.5 mg; 12.5 mg; 65.625 mg; 50 mg; 125 mg</i>	\$0	*
<i>medcaps gi cápsula 12.5 mg; 125 mg; 200 mg; 25 mg; 3.75 mg</i>	\$0	*
<i>medcaps is cápsula 5000 µg; 75 mg; 500 µg; 50 mg; 50 mg; 50 mg; 150 mg; 2.5 mg</i>	\$0	*
<i>medcaps t3 cápsula 250 mg; 37.5 µg; 25 mg; 50 µg; 225 µg; 2.5 µg; 16.75 mg; 25 mg; 2.5 mg</i>	\$0	*
<i>mederma ag crema facial</i>	\$0	*
<i>mederma ag loción corporal y de manos</i>	\$0	*
<i>mederma stretch marks therapy crema</i>	\$0	*
<i>medicated callus removers apósitos 40 %</i>	\$0	*
<i>medicated corn removers apósitos 40 %</i>	\$0	*
<i>medicated wipes apósitos 50 %</i>	\$0	*
<i>medi-first antacid tableta masticable 420 mg</i>	\$0	*
<i>medi-paste pomada</i>	\$0	*
<i>melatonin cápsula 5 mg</i>	\$0	*
<i>melatonin cr tableta de liberación prolongada 3 mg</i>	\$0	*
<i>melatonin extra strength líquido 5 mg/15 ml</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>melatonin fast dissolve tableta que se desintegra 10 mg</i>	\$0	*
<i>melatonin fast meltz tableta que se desintegra 500 µg</i>	\$0	*
<i>melatonin gummies tableta masticable 2.5 mg</i>	\$0	*
<i>melatonin líquido 1 mg/4 ml, 1 mg/ml, 2.5 mg/10 ml</i>	\$0	*
<i>melatonin maximum strength cápsula 10 mg</i>	\$0	*
<i>melatonin prolonged release tableta de liberación prolongada 10 mg</i>	\$0	*
<i>melatonin quick dissolve tableta que se desintegra 5 mg</i>	\$0	*
<i>melatonin tableta 10 mg, 300 µg, 3 mg, 3 mg; 10 mg, 5 mg</i>	\$0	*
<i>melatonin tableta masticable 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0	*
<i>melatonin tableta que se desintegra 3 mg</i>	\$0	*
<i>melatonin tableta de liberación prolongada 5 mg</i>	\$0	*
<i>melatonin tableta sublingual 10 mg, 3 mg, 5 mg</i>	\$0	*
<i>melatonin timed release tableta de liberación prolongada 1 mg</i>	\$0	*
<i>melatonin tr/vitamin b-6 tableta de liberación prolongada 3 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>melatonin tr/vitamin b6 tableta de liberación prolongada 5 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>memorall cápsula 250 mg; 50 mg; 100 µg; 170 µg; 60 mg; 100 µg; 100 mg; 15 mg; 1 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>memory complex brain health tableta 150 mg; 96 mg; 3 µg; 200 µg; 60 mg; 250 µg; 2.5 µg; 10 mg; 5 mg; 74 mg; 1 mg; 0.75 mg</i>	\$0	*
<i>mens daily pack paquete 30 µg; 72 mg; 120 µg; 25 µg; 2 mg; 400 µg; 150 µg; 250 µg; 100 mg; 2 mg; 75 µg; 20 mg; 48 mg; 80 mg; 20 µg; 2 mg; 900 µg; 10 µg; 45 mg; 10 µg; 15 mg</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mens pack varios 670 mg; 30 µg; 200 mg; 20 mg; 400 unidades; 120 µg; 2 mg; 25 µg; 400 µg; 250 µg; 100 mg; 2 mg; 70 mg; 5 µg; 48 mg; 10 µg; 80 mg; 150 µg; 9 mg; 3000 unidades; 13.6 mg; 100 µg; 2 mg; 150 µg; 10 µg; 25 µg; 72 mg; 18 µg; 460 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>menthol and zinc oxide pomada 0.44 %; 20.625 %</i>	\$0	*
<i>menthol cold/hot extra strength parche 5 %</i>	\$0	*
<i>metafolbic plus rf tableta 600 mg; 6 mg; 2 mg; 90.314 mg</i>	\$0	*
<i>metamucil 3-in-1 daily fiber cápsula 0.08 mg; 5 mg; 400 mg</i>	\$0	*
<i>metamucil 4 in 1 fiber polvo 43 %</i>	\$0	*
<i>metamucil 4-in-1 fiber paquete 51.7 %</i>	\$0	*
<i>metamucil multihealth fiber singles paquete 58.12 %</i>	\$0	*
<i>metamucil wafer 0</i>	\$0	*
<i>methyl protect cápsula 500 mg; 1000 µg; 2000 µg; 10 mg; 25 mg</i>	\$0	*
<i>methylcobalamin tableta que se desintegra 5000 µg</i>	\$0	*
<i>methyl-guard cápsula 0.4 mg; 600 mg; 0.4 mg; 6.8 mg</i>	\$0	*
<i>methyl-guard plus cápsula 1 mg; 600 mg; 1 mg; 15 mg; 30 mg</i>	\$0	*
<i>mg plus protein tableta</i>	\$0	*
<i>mg217 psoriasis multi-symptom pomada 2 %</i>	\$0	*
<i>miconazole 1 kit</i>	\$0	*
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	\$0	*
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	\$0	*
<i>miconazole 7 crema 2 %</i>	\$0	*
<i>miconazole 7 supositorio 100 mg</i>	\$0	*
<i>miconazole nitrate crema 2 %</i>	\$0	*
<i>migraine formula tableta 250 mg; 250 mg; 65 mg</i>	\$0	*
<i>mil adregen tableta 250 mg; 250 mg; 60 mg; 25 mg; 50 mg; 50 mg; 50 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>milk of magnesia suspensión 1200 mg/15 ml</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aceite mineral</i>	\$0	*
<i>minerin crema</i>	\$0	*
<i>minerin loción</i>	\$0	*
<i>mintox plus tableta masticable 200 mg; 200 mg; 25 mg</i>	\$0	*
<i>mm biotin/keratin cápsula 60 mg; 10000 µg; 100 mg; 9 mg</i>	\$0	*
<i>loción hidratante</i>	\$0	*
<i>loción para la recuperación de la hidratación</i>	\$0	*
<i>protector hidratante de la piel/una vez al día crema 8 %</i>	\$0	*
<i>crema hidratante</i>	\$0	*
<i>loción hidratante</i>	\$0	*
<i>moisturizing lubricant eye drops solución 0.25 %</i>	\$0	*
<i>hidratante para pieles sensibles loción</i>	\$0	*
<i>monistat paq. de 7 combinaciones kit</i>	\$0	*
<i>monistat complete care chafing relief gel en polvo 1.2 %</i>	\$0	*
<i>motion sickness relief tableta 50 mg</i>	\$0	*
<i>msm loción para la piel</i>	\$0	*
<i>mucinex childrens paquete 5 mg; 100 mg</i>	\$0	*
<i>mucinex cough & chest congestion cápsula 10 mg; 200 mg</i>	\$0	*
<i>mucinex cough for kids paquete 5 mg; 100 mg</i>	\$0	*
<i>mucinex fast max severe congestion & cough cápsula 10 mg; 200 mg</i>	\$0	*
<i>mucinex fast-max cold flu& sore throat maximum strength tableta 325 mg; 10 mg; 200 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>mucinex fast-max cold/flu tableta 325 mg; 10 mg; 200 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>mucinex fast-max congestion & headache maximum strength cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>mucinex fast-max night time cold & flu líquido 325 mg/10 ml; 12.5 mg/10 ml; 5 mg/10 ml</i>	\$0	*
<i>mucinex fast-max severe congestion & cough tableta 10 mg; 200 mg; 5 mg</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mucinex for kids paquete 100 mg</i>	\$0	*
<i>mucinex multi-symptom cold night time childrens líquido 325 mg/10 ml; 12.5 mg/10 ml; 5 mg/10 ml</i>	\$0	*
<i>mucinex sinus-max night time congestion & cough líquido 325 mg/10 ml; 12.5 mg/10 ml; 5 mg/10 ml</i>	\$0	*
<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain maximum strength cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain tableta 325 mg; 200 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>mucinex sinus-max severe congestion and pain líquido 650 mg/20 ml; 400 mg/20 ml; 10 mg/20 ml</i>	\$0	*
<i>mucinex sinus-max tableta 325 mg; 10 mg; 200 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>mucus congestion & cough relief childrens líquido 5 mg/5 ml; 100 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>mucus dm tableta de liberación prolongada 12 horas 30 mg; 600 mg</i>	\$0	*
<i>mucus relief cold flu & sore throat líquido 325 mg/10 ml; 10 mg/10 ml; 200 mg/10 ml; 5 mg/10 ml</i>	\$0	*
<i>mucus relief cold/flu/sore throat cápsula 325 mg; 10 mg; 200 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>multi antibiotic plus crema 3.5 mg/g; 10000 unidades/g; 10 mg/g</i>	\$0	*
<i>multi complete cápsula 60 mg; 2500 unidades; 30 µg; 100 mg; 10 mg; 1000 unidades; 120 µg; 2 mg; 6 µg; 18 mg; 400 µg; 40 mg; 4 mg; 20 mg; 40 µg; 150 µg; 2 mg; 1.7 mg; 20 µg; 45 µg; 1.5 mg; 50 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>multi for her paquete 60 mg; 30 µg; 500 mg; 5 mg; 1000 unidades; 120 µg; 2 mg; 18 mg; 400 µg; 100 mg; 2 mg; 10 mg; 25 µg; 2 mg; 1.7 mg; 20 µg; 1.5 mg; 30 unidades; 2500 unidades; 15 mg</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multi for him paquete 60 mg; 30 µg; 300 mg; 5 mg; 1000 unidades; 120 µg; 2 mg; 18 mg; 400 µg; 600 µg; 50 mg; 2 mg; 10 mg; 25 µg; 2 mg; 1.7 mg; 20 µg; 1.5 mg; 30 unidades; 2500 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>multi vitamin/minerals full spectrum tableta 90 mg; 5000 unidades 45 µg; 300 µg; 162 mg; 10 mg; 27 mg; 400 unidades; 25 µg; 2 mg; 9 µg; 27 mg; 400 µg; 100 mg; 5 mg; 25 µg; 20 mg; 125 mg; 25 µg; 30 mg; 150 µg; 3 mg; 2.6 mg; 25 µg; 2.25 mg; 34 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>multi-vit/iron/fluoride solution 35mg/ml; 400unit/ml; 10mg/ml; 8mg/ml; 0.4mg/ml; 1500unit/ml; 0.6mg/ml; 0.25mg/ml; 0.5mg/ml; 5unit/ml</i>	\$0	*
<i>multivitamin childrens tableta masticable 60 mg; 10 µg; 4.5 µg; 300 µg; 13.5 mg; 1.05 mg; 750 µg; 1.2 mg; 1.05 mg; 6.75 mg; 0, 60 mg; 4.5 µg; 300 µg; 13.5 mg; 1.05 mg; 1.2 mg; 5 mg; 1.05 mg; 750 µg; 10 µg; 6.7 mg</i>	\$0	*
<i>multivitamin gummies childrens tableta masticable 15 mg; 6 µg; 0.6 µg; 60 µg; 45 µg; 1.5 mg; 0.3 mg; 200 µg; 7.5 µg; 3.5 mg; 2.5 mg; 34 mg; 3 mg; 50 unidades; 16 mg; 50 mg; 250 unidades; 1.5 unidades</i>	\$0	*
<i>multi-vitamin gummies tableta masticable 15 mg; 7.5 µg; 75 µg; 5 mg; 400 unidades; 20 µg; 60 µg; 6 µg; 200 µg; 1.5 mg; 137.5 µg; 18.75 µg; 5 mg; 2 mg; 1250 unidades; 7.5 unidades</i>	\$0	*
<i>multivitamin líquido 60 mg/15 ml; 300 µg/15 ml; 400 unidades/15 ml; 25 µg/15 ml; 6 µg/15 ml; 9 mg/15 ml; 2 mg/15 ml; 20 mg/15 ml; 10 mg/15 ml; 150 µg/15 ml; 2 mg/15 ml; 1300 unidades/15 ml; 1.7 mg/15 ml; 25 µg/15 ml; 1.5 mg/15 ml; 30 unidades/15 ml; 3 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>multivitamin plus iron childrens tableta masticable 40 µg; 100 mg; 10 mg; 600 unidades; 2 mg; 6 µg; 18 mg; 0.4 mg; 15 mg; 55 µg; 150 µg; 2 mg; 3000 unidades; 1.7 mg; 10 mg; 60 mg; 1.5 mg; 30 unidades; 12 mg</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multi-vitamin tableta 60 mg; 30 µg; 10 mg; 400 unidad; 6 µg; 400 µg; 20 mg; 2 mg; 5000 unidad; 1.7 mg; 1.5 mg; 30 unidades</i>	\$0	*
<i>multivitamin w/iron/infant/toddler solución 50 mg/ml; 11 mg/ml; 4 mg/ml; 0.3 mg/ml; 0.4 mg/ml; 0.3 mg/ml; 250 µg/ml; 10 µg/ml; 5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>multivitamin with fluoride solución 35 mg/ml; 400 unidades/ml; 2 µg/ml; 8 mg/ml; 0.4 mg/ml; 1500 unidades/ml; 0.6 mg/ml; 0.25 mg/ml; 0.5 mg/ml; 5 unidades/ml, 35 mg/ml; 400 unidades/ml; 2 µg/ml; 8 mg/ml; 0.4 mg/ml; 1500 unidades/ml; 0.6 mg/ml; 0.5 mg/ml; 0.5 mg/ml; 5 unidades/ml</i>	\$0	*
<i>multivitamin with fluoride tableta masticable 60 mg; 4.5 µg; 0.25 mg; 0.3 mg; 13.5 mg; 1.05 mg; 1.2 mg; 1.05 mg; 750 µg; 10 µg; 6.75 mg, 60 mg; 4.5 µg; 0.5 mg; 0.3 mg; 13.5 mg; 1.05 mg; 1.2 mg; 1.05 mg; 750 µg; 10 µg; 6.75 mg, 60 mg; 4.5 µg; 1 mg; 0.3 mg; 13.5 mg; 1.05 mg; 1.2 mg; 1.05 mg; 750 µg; 10 µg; 6.75 mg</i>	\$0	*
<i>multivitamin/multimineral adults líquido 60 mg/15 ml; 300 µg/15 ml; 25 µg/15 ml; 6 µg/15 ml; 150 µg/15 ml; 9 mg/15 ml; 2 mg/15 ml; 25 µg/15 ml; 20 mg/15 ml; 10 mg/15 ml; 2 mg/15 ml; 1.7 mg/15 ml; 1.1 mg/15 ml; 765 µg/15 ml; 10 µg/15 ml; 14 mg/15 ml; 3 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>multivitamin/multimineral líquido 60 mg/15 ml; 300 µg/15 ml; 25 µg/15 ml; 6 µg/15 ml; 150 µg/15 ml; 9 mg/15 ml; 2 mg/15 ml; 25 µg/15 ml; 20 mg/15 ml; 10 mg/15 ml; 13 mg/15 ml; 2 mg/15 ml; 1.7 mg/15 ml; 1.1 mg/15 ml; 390 µg/15 ml; 10 µg/15 ml; 14 mg/15 ml; 3 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>multi-vitamins/iron tableta 60 mg; 10 mg; 6 µg; 400 unidades; 18 mg; 400 µg; 20 mg; 2 mg; 5000 unidades; 1.7 mg; 1.5 mg; 30 unidades</i>	\$0	*
<i>muro 128 solución 2 %</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>muscle & joint gel 2.5 %</i>	\$0	*
<i>mv-one cápsula 300 mg; 750 unidades; 150 mg</i>	\$0	*
<i>mvw complete formulation pediatric solución 45 mg/0.5 ml; 15 µg/0.5 ml; 3 mg/0.5 ml; 750 unidades/0.5 ml; 4 µg/0.5 ml; 6 mg/0.5 ml; 500 µg/0.5 ml; 0.6 mg/0.5 ml; 4627 unidades/0.5 ml; 0.6 mg/0.5 ml; 0.5 mg/0.5 ml; 50 unidades/0.5 ml; 5 mg/0.5 ml</i>	\$0	*
<i>mygrex tableta 500 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>naphcon-a solución 0.025 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>naproxen sodium cápsula 220 mg</i>	\$0	*
<i>naproxen sodium tableta 220 mg</i>	\$0	*
<i>nasadrops saline on the go solución 0.9 %</i>	\$0	*
<i>nasal mist aerosol solución 0.9 %</i>	\$0	*
<i>aerosol nasal extra hidratante 12 horas solución 0.05 %</i>	\$0	*
<i>natural fiber laxative polvo 30.9 %</i>	\$0	*
<i>natural fiber polvo 58.6 %</i>	\$0	*
<i>natural oatmeal loción 1.25 %</i>	\$0	*
<i>natural psyllium seed indian husks polvo 100 %</i>	\$0	*
<i>dispositivo con vaso/tubo para la nebulización</i>	\$0	*
<i>neog10 cápsulas 125 mg</i>	\$0	*
<i>neotuss líquido 30 mg/5 ml; 200 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>neotuss-d líquido 30 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 7.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>nephro vitamins tableta 60 mg; 300 µg; 10 mg; 6 µg; 800 µg; 20 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>nephro-vite tableta 60 mg; 300 µg; 36 mg; 6 µg; 800 µg; 20 mg; 10 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>neutrogena crema para manos</i>	\$0	*
<i>neutrogena loción hidratante para pieles sensibles</i>	\$0	*
<i>niacin sr tableta de liberación prolongada 250 mg</i>	\$0	*
<i>niacin tableta 100 mg, 250 mg, 500 mg, 50 mg</i>	\$0	*
<i>niacin timed release tableta de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>niacin tr cápsula de liberación prolongada 250 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>niacinamide prolonged release tableta de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0	*
<i>niacinamide tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine pastilla 4 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine polacrilex gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine polacrilex pastilla 2 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine transdermal system kit</i>	\$0	*
<i>nicotine transdermal system parche 24 horas 14 mg/24 h, 21 mg/24 h, 7 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>nighttime cough líquido 15 mg/15 ml; 6.25 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>niseko hydrating facial moisturizer crema</i>	\$0	*
<i>nivanex dmx tableta 15 mg; 380 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>nivea crema</i>	\$0	*
<i>nivea essentially enriched loción</i>	\$0	*
<i>nivea extra enriched loción</i>	\$0	*
<i>nivea in-shower loción</i>	\$0	*
<i>nivea intense healing loción</i>	\$0	*
<i>nivea original moisture loción</i>	\$0	*
<i>nivea shea nourish loción</i>	\$0	*
<i>nivea visage crema</i>	\$0	*
<i>nivea visage inner beauty nighttime renewal crema</i>	\$0	*
<i>nivea visage loción</i>	\$0	*
<i>nix complete lice treatment kit</i>	\$0	*
<i>noble formula crema 0.25 %</i>	\$0	*
<i>normlshield crema 4.5 %</i>	\$0	*
<i>nova max plus ketone tiras reactivas</i>	\$0	*
<i>novaferrum 50 cápsula 50 mg</i>	\$0	*
<i>novaferrum pediatric drops líquido 15 mg/ml</i>	\$0	*
<i>nozin nasal kit desinfectante 62 %</i>	\$0	*
<i>nozin nasal hisopo desinfectante 62 %</i>	\$0	*
<i>nutraderm advanced formula loción</i>	\$0	*
<i>nutraderm crema</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nutraderm loción 2.5 %; 2.5 %; 2.5 %; 2.5 %; 2.5 %</i>	\$0	*
<i>nutra-z+ cápsula 125 mg; 5 mg; 1000 µg; 50 mg; 900 µg; 12.5 mg; 25 mg; 20 µg</i>	\$0	*
<i>odorless coated fish oil/omega-3 cápsula de liberación prolongada</i>	\$0	*
<i>odorless garlic cápsula 300 mg</i>	\$0	*
<i>off deep woods aerosol 25 %</i>	\$0	*
<i>off deep woods líquido 25 %</i>	\$0	*
<i>okeeffes working crema para manos</i>	\$0	*
<i>olive oil</i>	\$0	*
<i>olopatadine hydrochloride solución 0.1 %, 0.2 %</i>	\$0	*
<i>omega-3 cápsula 308 mg; 448 mg; 1400 mg; 910 mg</i>	\$0	*
<i>omega-3 cápsula de liberación prolongada 235 mg; 90 mg; 596.67 mg; 350 mg</i>	\$0	*
<i>omega-3 fish oil cápsula 1000 mg; 300 mg, 100 mg; 160 mg; 1000 mg; 300 mg; 5 unidades</i>	\$0	*
<i>omega-3 fish oil extra strength cápsula 177.5 mg; 262.5 mg; 880 mg; 440 mg; 2.5 unidades</i>	\$0	*
<i>omega-3 fish oil maximum strength cápsula 1200 mg; 360 mg</i>	\$0	*
<i>omegapure 780 ec cápsula de liberación prolongada 330 mg; 450 mg; 1400 mg; 610 mg</i>	\$0	*
<i>omeprazole dr tableta de liberación prolongada 20 mg</i>	\$0	*
<i>omeprazole magnesium cápsula de liberación retardada 20.6 mg</i>	\$0	*
<i>omeprazole tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0	*
<i>omeprazole tableta de liberación retardada que se desintegra 20 mg</i>	\$0	*
<i>onelax fiber therapy polvo 25 %</i>	\$0	*
<i>opcon-a solución 0.027 %; 0.315 %</i>	\$0	*
<i>optimal d3 m cápsula 14000 unidades</i>	\$0	*
<i>optimal d3 paq. cápsula 50000 unidades</i>	\$0	*
<i>options gynol ii vaginal contraceptive gel 3 %</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oral electrolyte solution freezer pops pediatric solución 35 meq/l; 25 meq/l; 20 meq/l; 45 meq/l</i>	\$0	*
<i>oral mix flavored suspending vehicle suspensión suspensión oral líquido</i>	\$0	*
<i>oral syrup flavored vehicle jarabe</i>	\$0	*
<i>orazinc tableta 110 mg</i>	\$0	*
<i>orlistat cápsula 120 mg</i>	\$0	PA; *
<i>orthogel gel 3.5 %</i>	\$0	*
<i>os-cal calcium + d3 tableta 500 mg; 200 unidades</i>	\$0	*
<i>os-cal extra d3 tableta 500 mg; 600 unidades</i>	\$0	*
<i>oyster shell calcium/d tableta 500 mg; 200 unidades</i>	\$0	*
<i>oyster shell calcium/vitamin d3 tableta 250 mg; 3.12 µg</i>	\$0	*
<i>pain reliever extra strength tableta 250 mg; 250 mg; 65 mg</i>	\$0	*
<i>pain relieving gel 3.5 %</i>	\$0	*
<i>paladin pomada</i>	\$0	*
<i>palmers cocoa butter formula crema</i>	\$0	*
<i>palmers cocoa butter formula intensive relief crema para manos</i>	\$0	*
<i>palmers cocoa butter formula crema de masajes/ antiestrías</i>	\$0	*
<i>palmers cocoa butter formula loción de masajes/ loción antiestrías</i>	\$0	*
<i>palmers cocoa butter formula night cream moisture rich crema</i>	\$0	*
<i>palmers cocoa butter formula/vitamin e loción</i>	\$0	*
<i>palmers coconut oil formula crema para manos</i>	\$0	*
<i>palmers coconut oil formula/vitamin e loción</i>	\$0	*
<i>pataday extra strength solución 0.7 %</i>	\$0	*
<i>pecgen dmx líquido 10 mg/5 ml; 187 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>pedia-lax líquido 50 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>pedia-lax supositorio 2.8 g</i>	\$0	*
<i>pedia-lax tableta masticable 400 mg</i>	\$0	*
<i>pediatric enema 3.5 g/59 ml; 9.5 g/59 ml</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pen-kerá crema</i>	\$0	*
<i>pentravan crema</i>	\$0	*
<i>pentravan plus crema</i>	\$0	*
<i>percogesic extra strength tableta 500 mg; 12.5 mg</i>	\$0	*
<i>petrolatum pomada</i>	\$0	*
<i>petroleum jelly gel</i>	\$0	*
<i>petroleum jelly tratamiento labial pomada</i>	\$0	*
<i>pharmabase barrier pomada 9.38 %</i>	\$0	*
<i>phenaseptic líquido 1.4 %</i>	\$0	*
<i>phenazopyridine hydrochloride tableta 95 mg</i>	\$0	*
<i>phendimetrazine tartrate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 105 mg</i>	\$0	PA; *
<i>phendimetrazine tartrate tableta 35 mg</i>	\$0	PA; *
<i>phentermine hydrochloride cápsula 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	\$0	PA; *
<i>phenylephrine hydrochloride tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>pink bismuth maximum strength suspensión 525 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>pink bismuth suspensión 262 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>pinxav pomada</i>	\$0	*
<i>polyethylene glycol 3350 polvo oral 17 g/ dosificador</i>	\$0	*
<i>polyethylene glycol 3350 paquete 17 g</i>	\$0	*
<i>poly-vent ir tableta 380 mg; 60 mg</i>	\$0	*
<i>polyvinyl alcohol solución 1.4 %</i>	\$0	*
<i>poly-vi-sol solución 50 mg/ml; 10 µg/ml; 0.5 µg/ml; 4 mg/ml; 0.3 mg/ml; 250 µg/ml; 0.4 mg/ml; 0.3 mg/ml; 5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>poly-vi-sol/iron solución 50 mg/ml; 10 µg/ml; 11 mg/ml; 4 mg/ml; 0.3 mg/ml; 250 µg/ml; 0.4 mg/ml; 0.3 mg/ml; 5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>poly-vite/iron solución 50 mg/ml; 400 unidades/ml; 0.5 µg/ml; 11 mg/ml; 4 mg/ml; 0.3 mg/ml; 833 unidades/ml; 0.4 mg/ml; 0.3 mg/ml; 5 unidades/ml</i>	\$0	*
<i>povidone/iodine swabsticks hisopos 10 %</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>povidone-iodine prep pad apósitos 10 %</i>	\$0	*
<i>povidone-iodine scrub small winged sponge varios 10 %</i>	\$0	*
<i>povidone-iodine solución 10 %</i>	\$0	*
<i>povidone-iodine hisopo 7.5 %</i>	\$0	*
<i>pramoxine hcl espuma 1 %</i>	\$0	*
<i>pramoxine hydrochloride loción 1 %</i>	\$0	*
<i>precision xtra tira</i>	\$0	*
<i>premium paquetes varios 60 mg; 10 mg; 0.25 mg; 30 µg; 150 µg; 10 mg; 162 mg; 109 mg; 72 mg; 400 unidades; 120 µg; 2 mg; 18 mg; 50 mg; 20 mg; 10 mg; 10 mg; 50 mg; 10 mg; 30 mg; 5 mg; 10 mg; 250 µg; 300 µg; 100 mg; 2 mg; 10 mg; 5 µg; 10 mg; 10 mg; 10 mg; 10 mg; 25 µg; 80 mg; 150 µg; 3500 unidades; 30 mg; 12 mg; 2 mg; 12 mg; 10 µg; 75 µg; 20 µg; 10 µg; 15 mg</i>	\$0	*
<i>pre-moistened witch hazel apósitos 50 %</i>	\$0	*
<i>prenatabs fa tableta 120 mg; 1200 µg; 200 mg; 10 µg; 8 µg; 29 mg; 1000 µg; 20 mg; 150 µg; 3 mg; 3 mg; 3 mg; 13.5 mg; 15 mg</i>	\$0	*
<i>prenatabs rx tableta 120 mg; 4000 unidades; 30 µg; 200 mg; 7 mg; 400 unidades; 3 mg; 8 µg; 1 mg; 29 mg; 100 mg; 20 mg; 150 µg; 3 mg; 3 mg; 3 mg; 30 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>prenatal 19 tableta 100 mg; 200 mg; 400 unidades; 12 µg; 25 mg; 29 mg; 1 mg; 15 mg; 7 mg; 20 mg; 3 mg; 3 mg; 1000 unidades; 30 unidades; 20 mg</i>	\$0	*
<i>prenatal tableta 100 mg; 200 mg; 10 µg; 4 µg; 27 mg; 800 µg; 18 mg; 2.6 mg; 1.7 mg; 1.5 mg; 5 mg; 1200 µg; 25 mg, 120 mg; 4000 unidades; 200 mg; 400 unidades; 8 µg; 28 mg; 800 µg; 20 mg; 2.6 mg; 1.7 mg; 1.8 mg; 30 unidades; 25 mg</i>	\$0	*
<i>pres gen pediatric liquido 5 mg/5 ml; 75 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>pretty feet & hands crema</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>primadophilus bifidus cápsula de liberación prolongada</i>	\$0	*
<i>probiotic chewable childrens tableta masticable</i>	\$0	*
<i>probiotic formula cápsula 1,000 millones; 250 mg</i>	\$0	*
<i>proctozone-hc crema 2.5 %</i>	\$0	*
<i>profe cápsula 180 mg</i>	\$0	*
<i>proceed plus paquete 500 mg/5 g; 90 mg/5 g; 50 mg/5 g; 20 mg/5 g; 1.5 µg/5 g; 200 µg/5 g; 1.7 g/5 g; 50 µg/5 g; 10 mg/5 g</i>	\$0	*
<i>pseudoephedrine hydrochloride er maximum strength tableta de liberación prolongada 12 horas 120 mg</i>	\$0	*
<i>pseudoephedrine hydrochloride tableta 30 mg, 60 mg</i>	\$0	*
<i>pseudoephedrine hydrochloride/guaifenesin tableta 375 mg; 60 mg</i>	\$0	*
<i>psoriasis gel 1.25 %</i>	\$0	*
<i>psyllium fiber cápsula 0.52 g</i>	\$0	*
<i>pure comfort 3-ball breath exerciser device</i>	\$0	*
<i>qc athletes foot relief aerosol 1 %</i>	\$0	*
<i>qc gas relief cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>ra biotin cápsula 2500 µg</i>	\$0	*
<i>ra daylogic healing dry skin therapy loción</i>	\$0	*
<i>ra ear care tableta 100 mg; 1.667 mg; 29 mg; 113.333 mg; 1.667 µg; 113.333 mg; 200 mg; 3.333 mg; 0.333 mg; 1 mg; 0.333 mg</i>	\$0	*
<i>ra essence-c paquete 1 mg/7.5 g; 1000 mg/7.5 g; 50 mg/7.5 g; 2.5 mg/7.5 g; 10 µg/7.5 g; 25 µg/7.5 g; 12.5 µg/7.5 g; 60 mg/7.5 g; 0.5 mg/7.5 g; 5 mg/7.5 g; 200 mg/7.5 g; 10 mg/7.5 g; 1 mg/7.5 g; 0.43 mg/7.5 g; 60 mg/7.5 g; 0.38 mg/7.5 g; 2 mg/7.5 g</i>	\$0	*
<i>ra garlic cápsula 580 mg</i>	\$0	*
<i>ra glucosamine/chondroitin cápsula 133.3 mg; 166.7 mg</i>	\$0	*
<i>ra glycerin adult supositorio 80.7 %</i>	\$0	*
<i>ra melatonin tableta 3 mg; 2 mg</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra melatonin tableta sublingual 1 mg</i>	\$0	*
<i>ra oyster shell calcium/vitamin d tableta 200 unidades; 500 mg</i>	\$0	*
<i>ra vitamin b-12 liquido 1000 µg/ml</i>	\$0	*
<i>radiaguard advanced loción</i>	\$0	*
<i>ranitidine hcl jarabe 15 mg/ml</i>	\$0	*
<i>rapid b-12 energy líquido 200 µg/aerosol</i>	\$0	*
<i>raspberry syrup jarabe</i>	\$0	*
<i>redness reliever eye drops solución 0.05 %</i>	\$0	*
<i>refresh celluvisc gel 1 %</i>	\$0	*
<i>refresh digital solución 0.5 %; 1 %; 0.5 %</i>	\$0	*
<i>refresh liquigel gel 1 %</i>	\$0	*
<i>refresh optive advanced sensitive solución 0.5 %; 1 %; 0.5 %</i>	\$0	*
<i>refresh optive advanced solución 0.5 %; 1 %; 0.5 %</i>	\$0	*
<i>refresh optive gel 1 %; 0.9 %</i>	\$0	*
<i>refresh optive preservative free solución 0.5 %; 0.9 %</i>	\$0	*
<i>refresh plus solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>refresh relieva pf solución 0.5 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>refresh solución 1.4 %; 0.6 %</i>	\$0	*
<i>refresh tears solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>refreshing aloe loción</i>	\$0	*
<i>remedy calazime pasta 0.4 %; 20.5 %</i>	\$0	*
<i>remedy cleansing loción corporal 1.5 %</i>	\$0	*
<i>remedy skin repair crema 1.5 %</i>	\$0	*
<i>renal vitamin tableta 60 mg; 300 µg; 10 mg; 6 µg; 800 µg; 20 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>rena-vite rx tableta 60 mg; 300 µg; 10 mg; 29 mg; 6 µg; 1000 µg; 20 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>rena-vite tableta 60 mg; 300 µg; 6 µg; 800 µg; 20 mg; 10 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>repel sportsmen max loción 40 %</i>	\$0	*
<i>replesta nx wafer 14000 unidades</i>	\$0	*
<i>replesta wafer 50000 unidades</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>resta crema</i>	\$0	*
<i>resta lite loción</i>	\$0	*
<i>restore cleanser & moisturizer líquido 2 %</i>	\$0	*
<i>restore dimethicreme crema 2 %</i>	\$0	*
<i>retaine vision cápsula 125 mg; 12.5 mg; 5 mg; 0.5 mg; 2.5 mg; 100 mg; 0.5 mg; 20 mg</i>	\$0	*
<i>rhinaris solution 0.2 %</i>	\$0	*
<i>riax espuma 5.5 %, 9.5 %</i>	\$0	*
<i>ricola pastilla</i>	\$0	*
<i>risabal-ph crema</i>	\$0	*
<i>risacal-d tableta 105 mg; 81 mg; 120 unidades</i>	\$0	*
<i>robitussin childrens cough & cold cf líquido 5 mg/5 ml; 50 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>robitussin cough & chest congestion dm adult líquido 20 mg/20 ml; 400 mg/20 ml</i>	\$0	*
<i>robitussin cough+chest congestion dm cápsula 10 mg; 200 mg</i>	\$0	*
<i>robitussin severe multi-symptom cough/cold + flu líquido 650 mg/20 ml; 20 mg/20 ml; 400 mg/20 ml; 10 mg/20 ml</i>	\$0	*
<i>robitussin severe multi-symptom cough/cold + flu nighttime líquido 325 mg/10 ml; 12.5 mg/10 ml; 5 mg/10 ml</i>	\$0	*
<i>rompe pecho max multi symptoms líquido 650 mg/20 ml; 20 mg/20 ml; 400 mg/20 ml; 10 mg/20 ml</i>	\$0	*
<i>ru-hist d tableta 4 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>rydex líquido 1.33 mg/5 ml; 6.33 mg/5 ml; 10 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>rynex dm líquido 1 mg/5 ml; 5 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>saccharomyces boulardii cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>salicylic acid espuma 6 %</i>	\$0	*
<i>salicylic acid gel 6 %</i>	\$0	*
<i>saline gel nasal</i>	\$0	*
<i>saline aerosol nasal infants/childrens solución 0.65 %</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>salonpas pain relieving jet spray aerosol 3 %; 10 %</i>	\$0	*
<i>sawyer insect repellent controlled release loción 20 %</i>	\$0	*
<i>sb natural fiber laxative polvo 49 %</i>	\$0	*
<i>scalpicin líquido 3 %</i>	\$0	*
<i>scot-tussin diabetes líquido 10 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>scytera espuma 2 %</i>	\$0	*
<i>sebex champú 2 %; 2 %</i>	\$0	*
<i>secura dimethicone crema protectora 5 %</i>	\$0	*
<i>selenium sulfide champú 2.3 %</i>	\$0	*
<i>selenium sulfide champú 2.25 %</i>	\$0	*
<i>senna cápsula 8.6 mg</i>	\$0	*
<i>senna plus cápsula 50 mg; 8.6 mg</i>	\$0	*
<i>senna s tableta 50 mg; 8.6 mg</i>	\$0	*
<i>senna smooth tableta 15 mg</i>	\$0	*
<i>senna jarabe 176 mg/5 ml, 8.8 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>senna tableta 8.6 mg</i>	\$0	*
<i>senokot extra strength tableta 17.2 mg</i>	\$0	*
<i>sensi-care crema corporal 1 %; 30 %</i>	\$0	*
<i>sensi-care crema hidratante</i>	\$0	*
<i>sentia solución 0.6 %</i>	\$0	*
<i>sesame oil</i>	\$0	*
<i>severe allergy tableta 500 mg; 12.5 mg</i>	\$0	*
<i>shur-seal gel 2 %</i>	\$0	*
<i>simethicone cápsula 125 mg, 180 mg</i>	\$0	*
<i>simethicone líquido</i>	\$0	*
<i>simethicone suspensión 40 mg/0.6 ml</i>	\$0	*
<i>simethicone tableta masticable 125 mg, 80 mg</i>	\$0	*
<i>simple jarabe</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>skin beauty & wellness paquete 50 mg; 560 mg; 2530 µg; 200 mg; 10 mg; 72 mg; 400 unidades; 150 µg; 2 mg; 25 µg; 400 µg; 25 mg; 50 mg; 250 µg; 10 mg; 100 mg; 2 mg; 20 mg; 5 µg; 48 mg; 10 µg; 80 mg; 150 µg; 3 mg; 5000 unidades; 1.7 mg; 2 mg; 150 µg; 10 µg; 75 µg; 20 µg; 1.5 mg; 45 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>skin repair loción</i>	\$0	*
<i>sleep aid líquido 50 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>sleep aid tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>sleep-aid cápsula 25 mg, 50 mg</i>	\$0	*
<i>slow iron tableta de liberación prolongada 160 mg</i>	\$0	*
<i>slow magnesium chloride/calcium tableta de liberación prolongada 117 mg; 70 mg</i>	\$0	*
<i>slow-mag tableta de liberación retardada 119 mg; 71.5 mg</i>	\$0	*
<i>sm coral calcium tableta 1000 mg</i>	\$0	*
<i>sm cough & sore throat daytime pain reliever líquido 1000 mg/30 ml; 30 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>sm dry skin therapy loción</i>	\$0	*
<i>sm fish oil cápsula 100 mg; 256 mg; 554 mg; 356 mg</i>	\$0	*
<i>sm foaming antacid tableta masticable 80 mg; 20 mg</i>	\$0	*
<i>sm garlic tableta 150 mg</i>	\$0	*
<i>sm medicated chest rub pomada 4.73 %; 1.2 %; 2.6 %; 4.5 %</i>	\$0	*
<i>sm muscle rub crema 10 %; 15 %</i>	\$0	*
<i>sm slow release iron tableta de liberación prolongada 143 mg</i>	\$0	*
<i>sm vitamin d3 maximum strength cápsula 4000 unidades</i>	\$0	*
<i>sodium bicarbonate tableta 325 mg, 650 mg</i>	\$0	*
<i>sodium chloride pomada 5 %</i>	\$0	*
<i>sodium chloride solución 5 %</i>	\$0	*
<i>sodium chloride tableta 1 g</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>soluble fiber polvo</i>	\$0	*
<i>soluvita solución 0.5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>sombra cool therapy gel 6 %</i>	\$0	*
<i>soothe & cool inzo barrier crema 5 %; 5 %</i>	\$0	*
<i>soothe tableta 262 mg</i>	\$0	*
<i>sorbidon hydrate crema</i>	\$0	*
<i>sorbitol solución 70 %</i>	\$0	*
<i>sore throat & cough pastilla 7.5 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>sore throat pastilla 15 mg; 3.6 mg</i>	\$0	*
<i>special care crema</i>	\$0	*
<i>sterile lubricant drops líquido 0.7 %</i>	\$0	*
<i>stevia paquete 100 mg</i>	\$0	*
<i>stool softener plus laxative tableta 50 mg; 8.6 mg</i>	\$0	*
<i>stool softener tableta 100 mg</i>	\$0	*
<i>stop lice aerosol 0.5 %</i>	\$0	*
<i>stop lice complete lice treatment kit 0.5 %; 4 %; 0.33 %</i>	\$0	*
<i>stop lice maximum strength líquido 4 %; 0.33 %</i>	\$0	QL (118 ML por 30 días); *
<i>stopain líquido 8 %</i>	\$0	*
<i>stopain solución 6 %</i>	\$0	*
<i>stress b-complex/vitamin c/zinc tableta 500 mg; 45 µg; 20 mg; 3 mg; 12 µg; 400 µg; 100 mg; 5 mg; 10 mg; 10 mg; 30 unidades; 23.9 mg</i>	\$0	*
<i>studio 35 extra moisturizing loción</i>	\$0	*
<i>studio 35 moisturizing skin crema</i>	\$0	*
<i>sudafed childrens líquido 15 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>sudafed pe head congestion + flu severe tableta 325 mg; 10 mg; 100 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>sudafed pe head congestion + mucus tableta 325 mg; 200 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>sudafed pe sinus pressure+ pain maximum strength tableta 325 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>sudafed sinus congestion 24 hour tableta de liberación prolongada de 24 horas 240 mg</i>	\$0	*
<i>summers eve medicated solución 0.3 %</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>super daily d3 líquido 1000 ut/0.028 ml, 2000 ut/0.028 ml</i>	\$0	*
<i>supress dm pediatric líquido 5 mg/ml; 50 mg/ml</i>	\$0	*
<i>supress-dx pediatric líquido 5 mg/ml; 50 mg/ml; 2.5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>supress-pe pediatric líquido 50 mg/ml; 2.5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>sween 24 crema corporal hidratante una vez al día 6 %</i>	\$0	*
<i>sween crema hidratante</i>	\$0	*
<i>swimmers ear drops líquido 95 %</i>	\$0	*
<i>synertropin cápsula 200 mg; 100 mg; 150 mg; 50 mg; 50 mg; 150 mg; 50 mg</i>	\$0	*
<i>syrspend sf suspensión reconstituida</i>	\$0	*
<i>systane balance restorative formula solución 0.6 %</i>	\$0	*
<i>systane complete solución 0.6 %</i>	\$0	*
<i>systane gel 0.4 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>systane hydration pf solución 0.4 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>systane preservative free solución 0.4 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>systane ultra preservative free solución 0.4 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>systane ultra solución 0.4 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>tegaderm alginate ag dressing apósito</i>	\$0	*
<i>tension headache tableta 500 mg; 65 mg</i>	\$0	*
<i>terbinafine hydrochloride crema 1 %</i>	\$0	*
<i>tgt hemorrhoidal suppositories supositorio 85.5 %; 0.25 %</i>	\$0	*
<i>the very finest fish oil for kids líquido 250 mg/2.5 ml; 400 mg/2.5 ml; 800 mg/2.5 ml; 5 unidades/2.5 ml</i>	\$0	*
<i>the very finest fish oil líquido 500 mg/5 ml; 800 mg/5 ml; 1600 mg/5 ml; 10 unidades/5 ml</i>	\$0	*
<i>theracran hp cápsula 180 mg</i>	\$0	*
<i>theracran hp for kids tableta masticable 50 mg</i>	\$0	*
<i>thera-d 4000 tableta 4000 unidades</i>	\$0	*
<i>thera-derm loción</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>theraflu expressmax severe cold & cough/daytime líquido 650 mg/30 ml; 20 mg/30 ml; 10 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>theraflu expressmax severe cold & flu líquido 650 mg/30 ml; 20 mg/30 ml; 400 mg/30 ml; 10 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>theraflu expressmax severe cold & flu tableta 325 mg; 10 mg; 200 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>theraflu severe cold & cough daytime tableta 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>theraflu severe cold daytime tableta 325 mg; 15 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>thera-gesic plus crema 4 %; 25 %</i>	\$0	*
<i>theranatal lactation complete varios 120 mg; 300 µg; 140 mg; 6 mg; 6400 unidades; 250 mg; 30 µg; 2 mg; 12 µg; 300 mg; 9 mg; 400 µg; 50 mg; 50 µg; 20 mg; 90 µg; 220 µg; 18 mg; 4000 unidades; 5 mg; 70 µg; 5 mg; 30 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>therapeutic dandruff champú 3 %</i>	\$0	*
<i>therapeutic crema hidratante</i>	\$0	*
<i>therapeutic champú 0.5 %</i>	\$0	*
<i>theraseal hand protection loción 1 %</i>	\$0	*
<i>theratears solución 0.25 %</i>	\$0	*
<i>tiger balm liniment líquido 16 %; 28 %</i>	\$0	*
<i>tioconazole 1 pomada 6.5 %</i>	\$0	*
<i>titralac tableta masticable 420 mg</i>	\$0	*
<i>tm-tolnaftate solución 1 %</i>	\$0	*
<i>today sponge varios 1000 mg</i>	\$0	*
<i>tolnaftate aerosol polvo 1 %</i>	\$0	*
<i>tolnaftate crema 1 %</i>	\$0	*
<i>tolnaftate polvo 1 %</i>	\$0	*
<i>triamcinolone acetonide aerosol 55 µg/pulverización</i>	\$0	*
<i>triaminic fever reducer pain reliever infants jarabe 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>tri-buffered aspirin tableta 325 mg; 158 mg; 34 mg; 63 mg</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triple antibiotic pomada 400 unidades/g; 3.5 mg/g; 5000 unidades/g</i>	\$0	*
<i>triple antibiotic with pain relief maximum strength pomada 500 unidades/g; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g; 10 mg/g</i>	\$0	*
<i>triple omega-3-6-9 cápsula</i>	\$0	*
<i>triple paste pomada 12.8 %</i>	\$0	*
<i>triprolidine hci liquido 0.625 mg/ml</i>	\$0	*
<i>triprolidine hydrochloride liquido 0.938 mg/ml</i>	\$0	*
<i>trispex dmx liquido 15 mg/5 ml; 125 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>tri-vi-sol a/c/d solución 50 mg/ml; 10 µg/ml; 250 µg/ml</i>	\$0	*
<i>tri-vite pediatric solución 400 unidades/ml; 750 unidades/ml; 35 mg/ml</i>	\$0	*
<i>trustex lubricated/spermicide varios</i>	\$0	*
<i>trustex/ria non-lubricated varios</i>	\$0	*
<i>tums chewy delights ultra strength tableta masticable 1177 mg</i>	\$0	*
<i>tums extra strength 750 tableta masticable 750 mg</i>	\$0	*
<i>tums tableta masticable 500 mg</i>	\$0	*
<i>tums ultra 1000 tableta masticable 1000 mg</i>	\$0	*
<i>tusicof liquido 20 mg/5 ml; 400 mg/5 ml; 10 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>tusicof tableta 20 mg; 400 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>tusnel c jarabe 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml; 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>tusnel dm liquido 20 mg/5 ml; 400 mg/5 ml; 10 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>tusnel pediatric liquido 50 mg/ml; 7.5 mg/ml, 5 mg/5 ml; 50 mg/5 ml; 15 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>tussin cf cough & cold liquido 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>tussin cf severe multi-symptom cough cold + flu adult liquido 650 mg/20 ml; 20 mg/20 ml; 400 mg/20 ml; 10 mg/20 ml</i>	\$0	*
<i>tussin cough jarabe 15 mg/5 ml</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tussi-pres pe pediatric liquido 100 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>tusslin liquido 28 mg/5 ml; 388 mg/5 ml; 10 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>tusslin pediatric liquido 7.5 mg/ml; 88 mg/ml; 2.5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>tylenol cold/cough/sore throat childrens suspensión 160 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>udderly smooth crema</i>	\$0	*
<i>udderly smooth extra care crema</i>	\$0	*
<i>udderly smooth extra care20 crema</i>	\$0	*
<i>ulcerease liquido 0.6 %</i>	\$0	*
<i>ulcerease solución 1.5 %; 0.6 %; 1.5 %; 1.5 %</i>	\$0	*
<i>ultimate fat burner tableta 25 mg; 10 mg; 125 µg; 150 mg; 25 mg; 5 µg; 100 mg; 12.5 mg; 25 mg; 12.5 mg; 10 mg; 5 mg; 5 mg; 5 mg; 25 mg</i>	\$0	*
<i>ultra coq10 cápsula 75 mg</i>	\$0	*
<i>ultracin-m gel 10 %</i>	\$0	*
<i>ultra-mega tableta de liberación prolongada 250 mg; 10000 unidades; 25 µg; 25 µg; 75 µg; 50 mg; 75 mg; 75 µg; 75 µg; 0.25 mg; 400 unidades; 10 mg; 400 µg; 25 µg; 5 µg; 75 µg; 150 µg; 7.2 mg; 6.1 mg; 75 mg; 75 µg; 10 mg; 75 mg; 75 mg; 25 µg; 10 µg; 75 mg; 150 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>ultrathon insect repellent loción 34.34 %</i>	\$0	*
<i>upcal d paquete 500 mg; 500 unidades</i>	\$0	*
<i>upcal d polvo 500 mg/5 gm; 500 unidades/5 gm</i>	\$0	*
<i>upspring he natal tableta 233.333 mg; 697 µg; 83.333 µg; 0.166 mg; 266.666 µg; 33.333 µg; 23.333 µg; 22.333 mg; 8.333 mg</i>	\$0	*
<i>urea 20 intensive crema hidratante 20%</i>	\$0	*
<i>urea crema 10 %</i>	\$0	*
<i>urea crema 39 %</i>	\$0	*
<i>urea espuma hidratante</i>	\$0	*
<i>urea loción 10 %</i>	\$0	*
<i>urea suspensión tópica 40 %</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>urea-c40 loción 40 %</i>	\$0	*
<i>urinary pain relief tableta 99.5 mg</i>	\$0	*
<i>uro mag cápsulas 140 mg</i>	\$0	*
<i>vagisil crema 1 %</i>	\$0	*
<i>vanacof líquido 12.5 mg/5 ml; 1 mg/5 ml; 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>vanatab dm tableta 9 mg; 198 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>vanicream</i>	\$0	*
<i>vanicream loción</i>	\$0	*
<i>varisan vitality tableta 25 mg; 100 mg; 8 µg; 100 mg; 25 mg; 30 mg; 30 mg; 40 mg; 10 mg; 25 unidades; 100 mg</i>	\$0	*
<i>vcfvaginal contraceptive film película 28 %</i>	\$0	*
<i>vcfvaginal contraceptive foam espuma 12.5 %</i>	\$0	*
<i>vcfvaginal contraceptive gel 4 %</i>	\$0	*
<i>velvachol crema;</i>	\$0	*
<i>ventiva tears solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>vicks dayquil cold & flu cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>vicks dayquil cold & flu multi-symptom relief líquido 325 mg/15 ml; 10 mg/15 ml; 5 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>vicks dayquil severe cold & flu cápsula 325 mg; 10 mg; 200 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>vicks dayquil severe cold & flu líquido 325 mg/15 ml; 10 mg/15 ml; 200 mg/15 ml; 5 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>vicks dayquil severe cold & flu tableta 325 mg; 10 mg; 200 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>vicks nyquil childrens cold/cough líquido 2 mg/15 ml; 15 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>vicks vapodrops pastilla 1.7 mg, 3.3 mg</i>	\$0	*
<i>vinate care tableta masticable 50 mg; 250 mg; 6 µg; 2 mg; 40 mg; 1 mg; 50 mg; 2 mg; 3.5 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>visine a.c. solución 0.05 %; 0.25 %</i>	\$0	*
<i>visine solución 0.025 %; 0.3 %</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamelts energy vitamin b-12 tableta que se desintegra 1500 µg</i>	\$0	*
<i>vitamelts zinc fast dissolve tableta que se desintegra 15 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin a cápsula 10000 unidades, 8000 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin a/c/d infant/toddler solución 50 mg/ml; 250 µg/ml; 10 µg/ml</i>	\$0	*
<i>vitamin b12 pastilla 250 µg</i>	\$0	*
<i>vitamin b-1 tableta 100 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin b-12 pastilla 500 µg, 50 µg</i>	\$0	*
<i>vitamin b-12 tableta 1000 µg, 100 µg, 250 µg, 500 µg</i>	\$0	*
<i>vitamin b-12 tableta que se desintegra 5000 µg</i>	\$0	*
<i>vitamin b-12 tableta sublingual 2500 µg, 3000 µg, 5000 µg, 500 µg</i>	\$0	*
<i>vitamin b-12 tr tableta de liberación prolongada 2000 µg</i>	\$0	*
<i>vitamin b6 tableta 100 mg, 50 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin b-6 tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin c cr cápsula de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin c drops pastilla</i>	\$0	*
<i>vitamin c effervescent blend paquete 1 mg; 1000 mg; 50 mg; 2.5 mg; 10µg; 25 µg; 12 µg; 60 mg; 0.5 mg; 5 mg; 90 mg; 200 mg; 10 mg; 1 mg; 0.43 mg; 60 mg; 0.38 mg; 2 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin c gummies tableta masticable 125 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin c tableta 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin c tableta masticable 100 mg, 125 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin c/bioflavonoids tableta de liberación prolongada 1000 mg; 100 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin c/bioflavonoids/wild rose hips tableta 1000 mg; 30 mg; 18 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin c/natural rose hips tableta</i>	\$0	*
<i>vitamin d 400 tableta masticable 400 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d cápsula 50000 unidades</i>	\$0	*



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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin d2 tableta 2000 unidades, 400 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 cápsula 25 µg, 400 unidades, 5000 unidades, 50 µg</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 fast dissolve tableta que se disintegra 50 µg</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 gummies tableta masticable 1000 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 líquido 1000 unidades/aerosol, 1200 unidades/15 ml, 400 unidades/ml, 5000 unidades/ml</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 maximum strength tableta 250 µg</i>	\$0	*
<i>vitamin d-3 tableta 1000 unidades, 2000 unidades, 400 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 tableta 3000 unidades, 5000 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 tableta masticable 400 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 tableta que se desintegra 5000 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 ultra potency tableta 1250 µg</i>	\$0	*
<i>vitamin e cápsula 1000 unidades, 100 unidades, 200 unidades, 268 mg, 400 unidades, 90 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin e crema 100 unidades/g</i>	\$0	*
<i>vitamin e aceite 100 unidades/0.25 ml</i>	\$0	*
<i>vitamin e solución 15 mg/0.67 ml</i>	\$0	*
<i>vitamin e with panthenol crema</i>	\$0	*
<i>vitamin e/d-alpha cápsula 1000 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamins a/c/d/fluoride solución 35 mg/ml; 0.25 mg/ml; 450 µg/ml; 10 µg/ml</i>	\$0	*
<i>vitamins for hair cápsula 400 µg; 125 mg; 6 µg; 2 mg; 400 µg; 125 mg; 150 µg; 18 mg; 5 mg; 35 mg; 50 mg; 30 mg; 15 mg</i>	\$0	*
<i>vitamins for hair tableta 111 µg; 100 mg; 250 mg; 6 µg; 400 µg; 5 mg; 50 mg; 0.15 mg; 15 mg; 10 mg; 35 mg; 30 mg; 5 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>viteyes classic zinc free cápsula 250 mg; 5 mg; 89 mg; 1 mg</i>	\$0	*
<i>vitron-c tableta 125 mg; 65 mg</i>	\$0	*
<i>wal-finatate tableta 4 mg</i>	\$0	*

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
wal-som tableta que se desintegra 25 mg	\$0	*
wal-tussin cough relief childrens tableta masticable 7.5 mg	\$0	*
wart remover gel 17 %	\$0	*
white petrolatum pomada 100 %	\$0	*
wibi loción	\$0	*
womens 50,000 millones cápsula	\$0	*
womens daily pack paquete 30 µg; 72 mg; 120 µg; 25 µg; 2 mg; 400 µg; 150 µg; 250 µg; 100 mg; 2 mg; 75 µg; 20 mg; 48 mg; 80 mg; 20 µg; 2 mg; 900 µg; 10 µg; 10 µg; 15 mg	\$0	*
womens pack varios 670 mg; 30 µg; 800 mg; 20 mg; 400 unidades; 120 µg; 2 mg; 25 µg; 400 µg; 250 µg; 100 mg; 2 mg; 70 mg; 5 µg; 48 mg; 10 µg; 80 mg; 150 µg; 9 mg; 3000 unidades; 13.6 mg; 50 µg; 2 mg; 150 µg; 10 µg; 25 µg; 72 mg; 18 µg; 60 unidades; 15 mg	\$0	*
xanthan gum polvo	\$0	*
xenical cápsula 120 mg	\$0	PA; *
xoten loción 12.5 %; 6.25 %	\$0	*
zeasorb polvo	\$0	*
zeldana cápsula 65 mg; 0.5 mg; 1 mg; 37.5 mg; 20 mg; 25 mg; 5 mg; 5 mg	\$0	*
zephrex-d tableta disuasiva de abuso 30 mg	\$0	*
zims max-freeze gel 3.7 %	\$0	*
zinc 15 tableta 66 mg	\$0	*
zinc gluconate tableta 100 mg, 30 mg	\$0	*
zinc oxide pomada 20 %, 40 %	\$0	*
zinc sulfate tableta 220 mg	\$0	*
zinc tableta 50 mg	\$0	*
zinc-oxyde plus pomada 0.44 %; 20 %	\$0	*
zyncof jarabe 20 mg/5 ml; 400 mg/5 ml	\$0	*



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

D. Índice de medicamentos cubiertos

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

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
A			
<i>a+d first aid</i>	173	<i>acid reducer</i>	173
<i>a+d prevent</i>	173	<i>acid reducer maximum strength</i>	173
<i>abacavir</i>	26	<i>acitretin</i>	165
<i>abacavir sulfato/lamivudine</i>	29	<i>acne medication 5</i>	174
ABELCET.....	24	<i>acne medication 10</i>	174
<i>abigale</i>	115	<i>acne pads</i>	174
<i>abigale lo</i>	115	ACTHIB.....	139
ABILIFY.....	76	<i>actidom dmx</i>	174
ABILIFY MAINTENA.....	76	ACTIMMUNE.....	137
<i>abiraterone acetate</i>	41	<i>activessentials</i>	174
<i>abirtega</i>	41	<i>acyclovir</i>	31
ABRYSVO.....	139	<i>acyclovir sodium</i>	31
<i>acamprosate calcium dr</i>	96	ADACEL	139
<i>acarbose</i>	100	ADALIMUMAB.....	134
<i>accutane</i>	162	<i>adapalene</i>	174
<i>acebutolol hydrochloride</i>	61	<i>adefovir dipivoxil</i>	31
<i>aceite de ajo 1000</i>	201	ADEMPAS.....	67
<i>aceite de pescado</i>	200	<i>adrenalin</i>	174
<i>aceite mineral</i>	214	<i>adrenal manager</i>	174
<i>acerola c 500</i>	173	<i>adrenoid</i>	175
<i>acetaminophen</i>	173	<i>advanced acne wash</i>	175
<i>acetaminophen/codeine</i>	18	<i>advil junior strength</i>	175
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	18	<i>a & d zinc oxide</i>	172
<i>acetaminophen er 8 horas arthritis pain relief</i>	173	<i>aenapine</i>	77
<i>acetaminophen extra strength</i>	173	<i>aerobika dispositivo</i>	175
<i>acetaminophen junior strength</i>	173	<i>aerosol nasal extra hidratante 12 horas</i>	219
<i>acetaminophen pm extra strength</i>	173	<i>afirmelle</i>	105
<i>acetaminophen rapid tabs childrens</i>	173	<i>aftera</i>	175
<i>acetazolamide</i>	64	<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	171
<i>acetazolamide er</i>	64	AIMOVIG.....	93
<i>acetic acid</i>	156	AIRSUPRA.....	161
<i>acetic acid 0.25 %</i>	129	<i>ajo</i>	201
<i>acetylcysteine</i>	117, 159	AKEEGA	41
<i>acid gone</i>	173	<i>ala-cort</i>	166
<i>acidophilus</i>	173	<i>alahist d</i>	175
<i>acidophilus/bacillus coagulans extra strength</i>	173	<i>albendazole</i>	20
<i>acidophilus/citrus pectin</i>	173	<i>albustix tira</i>	175
<i>acidophilus lactobacilli</i>	173	<i>albuterol sulfato</i>	159
<i>acidophilus/l-sporogenes extra strength</i>	174	<i>albuterol sulfato hfa</i>	158
<i>acidophilus pearls</i>	173	<i>alclometasone dipropionate</i>	166
<i>acidophilus/pectin</i>	174	<i>alcon lágrimas</i>	175
		ALECENSA.....	43

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>alendronate sodium</i>	103	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	56
<i>alfuzosin hcl er</i>	129	<i>ammonium lactate</i>	169, 176
<i>aliskiren</i>	65	<i>amnestem</i>	162
<i>alka-seltzer plus day cold & flu formula</i>	175	<i>amoxapine</i>	70
<i>alka-seltzer plus mucus & congestion break up formula</i>	175	<i>amoxicillin</i>	37
<i>alka-seltzer plus severe sinus congestion & cough</i>	175	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	37
<i>allegra allergy childrens</i>	175	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	37
<i>allergy childrens</i>	175	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	90
<i>allergy relief childrens</i>	175	<i>amphotericin b</i>	24
<i>allerwell allergy formula</i>	176	<i>amphotericin b liposome</i>	24
<i>allopurinol</i>	15	<i>ampicillin</i>	38
<i>aloe vesta acondicionador para piel</i>	176	<i>ampicillin sodium</i>	37
<i>alosetron hydrochloride</i>	126	<i>ampicillin-sulbactam</i>	37
<i>alp high3</i>	176	<i>ampicillin/sulbactam</i>	37
<i>alprazolam</i>	68, 69	<i>anagrelide hydrochloride</i>	133
ALPRAZOLAM INTENSOL.....	68	<i>anasept</i>	176
<i>altavera</i>	105	<i>anasept gel antimicrobiano para piel y heridas</i>	176
<i>aluminum hydroxide</i>	176	<i>anastrozole</i>	41
ALUNBRIG.....	43	<i>anbesol cold sore therapy</i>	176
ALVAIZ.....	132	ANORO ELLIPTA.....	156
ALVESCO.....	161	<i>antacid anti-gas maximum strength</i>	176
<i>alyacen 1/35</i>	105	<i>antacid extra strength</i>	176
<i>alyacen 7/7/7</i>	105	<i>antacid plus anti-gas relief</i>	176
<i>amantadine</i>	75	<i>antacid soft chews</i>	176
<i>amantadine hcl</i>	75	<i>antacid ultra strength</i>	176
<i>ambrisentan</i>	67	<i>antibacterial para manos</i>	176
<i>americerin</i>	176	<i>anti-diarrheal</i>	176
<i>ameriwash</i>	176	<i>anti-itch</i>	176
<i>amethyst</i>	105	<i>anti-itch maximum strength</i>	176
<i>amikacini sulfate</i>	20	<i>antioxidant formula</i>	177
<i>amiloride hcl</i>	64	<i>aplicare povidone/iodine</i>	177
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	64	<i>aprepitant</i>	122
<i>aminophylline</i>	159	<i>apri</i>	105
AMINOSYN II.....	146	<i>aprodine</i>	177
AMINOSYN-PF.....	147	APTIOM.....	82
AMINOSYN-PF 7 %.....	147	APTIVUS.....	26
<i>amiodarone hydrochloride</i>	57	<i>aqua-cerin</i>	177
<i>amitriptyline hcl</i>	70	<i>aqua glycolic facial</i>	177
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	70	<i>aqua glycolic manos y cuerpo</i>	177
<i>amlactin intensive healing</i>	176	<i>aqua lacten</i>	177
<i>amlactin ultra smoothing</i>	176	<i>aquamed</i>	177
<i>amlodipine besylate</i>	62	<i>aquanaz</i>	177
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	65	<i>aquaphilic/carbamide</i>	177
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	54	<i>aranelle</i>	105
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	56	ARCALYST.....	137
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	56	<i>ar cáps. n.º 1 clear/acid resistant</i>	177
		AREXVY.....	139

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>arglaes película 2-3/8</i>	177	<i>aveeno restorative skin therapy oat repairing</i>	178
<i>arglaes película 3</i>	177	<i>aveeno skin relief moisture repair</i>	178
<i>arglaes película 4-3/4</i>	177	<i>aveeno stress relief moisturizing</i>	178
ARIKAYCE	20	<i>aviane</i>	105
<i>aripiprazole</i>	76, 77	AVMAPKI FAKZYNJA	44
ARISTADA	77	<i>ayr nasal drops</i>	178
<i>armodafinil</i>	96	<i>ayr nasal mist allergy & sinus hypertonic saline</i>	178
ARNUITY ELLIPTA	161	<i>ayuna</i>	106
<i>arthritis pain relieving</i>	177	AYVAKIT	44
<i>ashlyna</i>	105	<i>azathioprine</i>	138
ASPARLAS	43	AZATHIOPRINE	137
<i>asperflex original parche</i>	177	<i>azelaic acid</i>	169
<i>aspirin</i>	177	<i>azelastine hcl</i>	154
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	134	<i>azelastine hydrochloride</i>	157
<i>aspirin regular strength</i>	177	<i>azithromycin</i>	35
<i>aspirin supositorio</i>	177	<i>aztreonam</i>	20
ASTAGRAF XL	137	<i>azurette</i>	106
<i>asthmanefrin refill nebulización</i>	177	B	
<i>atazanavir</i>	26	<i>b-12</i>	178
<i>atazanavir sulfate</i>	26	<i>b-12 1000</i>	178
<i>atenolol</i>	61	<i>b-12 dots</i>	178
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	60	<i>b-12 dual spectrum</i>	178
<i>athletes foot powder</i>	177	<i>b-12 liquido</i>	178
<i>atomoxetine</i>	91	<i>b-12 quick dissolve</i>	178
<i>atorvastatin calcium</i>	59	<i>b-50 complex</i>	178
<i>atovaquone</i>	20	<i>b-100</i>	178
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	26	<i>b-100 complex tr</i>	178
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	26	<i>baby cornstarch talco</i>	178
<i>atp ignite</i>	177	<i>baby drops</i>	178
<i>atropine sulfate</i>	155	<i>baby super daily d3</i>	178
ATROVENT HFA	157	<i>baby vitamin d3 gotas</i>	178
<i>aubra eq</i>	105	<i>bacitracin</i>	151, 178
AUGTYRO	43	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	151
<i>aurovela 1.5/30</i>	105	<i>bacitracin zinc</i>	178
<i>aurovela 1/20</i>	105	<i>baclofen</i>	95
<i>aurovela 24 fe</i>	105	BAFIERTAM	95
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	105	<i>balamine dm</i>	178
<i>aurovela fe 1/20</i>	105	<i>balm barr hand & body</i>	179
AUSTEDO	94	<i>balm barr moisturizing</i>	179
AUSTEDO XR	94	<i>balm barr stretch mark</i>	179
AUVELITY	70	<i>balmex multi-purpose</i>	179
<i>aveeno baby soothing multi-purpose</i>	177	<i>balsalazide disodium</i>	124
<i>aveeno daily moisturizing facial</i>	177	BALVERSA	44
<i>aveeno daily moisturizing sheer hydration</i>	177	<i>balziva</i>	106
<i>aveeno intense relief hand</i>	177	<i>bama freeze</i>	179
<i>aveeno intense relief overnight</i>	178	BARACLUDGE	31
<i>aveeno positively radiantintensive night</i>	178		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>basis facial moisturizer</i>	179	BEXSERO	139
<i>basis overnight</i>	179	<i>bicalutamide</i>	41
<i>baza protect skin protectant moisture barrier</i>	179	<i>bicarsim</i>	180
BCG	139	<i>bicarsim forte</i>	180
<i>b complex</i>	178	BICILLIN L-A	38
<i>b-complex</i>	179	BIKTARVY	29
<i>b-complex/c</i>	179	<i>bilberry plus</i>	180
<i>b-complex plus b-12</i>	179	BILDYOS	103
<i>b-complex/vitamin c/folic acid/ biotin</i>	179	BILPREVDA	103
BD ALCOHOL SWABS	98	BIMZELX	134
BD INSULIN JERINGA	98	<i>biodesp dm</i>	180
BD PEN AGUJA/ORIGINAL/ ULTRAFINA/29 G X 1/2	98	<i>biofreeze</i>	180
BD PLUMA	98	<i>biofreeze cool the pain</i>	180
<i>beauty</i>	179	<i>biofreeze professional</i>	180
<i>beauty 360 advanced skin care</i>	179	<i>biogtuss</i>	180
<i>beelith</i>	179	<i>biolle lágrimas</i>	180
<i>benadryl itch relief barra</i>	179	<i>bion tears</i>	180
<i>benazepril hydrochloride</i>	55	<i>biospec dmx</i>	180
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>biotin</i>	180
<i>benefiber drink mix</i>	179	<i>biotin fast dissolve maximum strength</i>	180
<i>bengay vanishing scent</i>	179	<i>biotin gummies</i>	180
BENLYSTA	138	<i>biotin high potency</i>	180
<i>benzonatate</i>	179	<i>biotin plus keratin</i>	180
<i>benzoyl peroxide</i>	179	<i>bisacodyl ec</i>	180
<i>benzoyl peroxide wash</i>	179	<i>bisacodyl supositorio</i>	180
<i>benzphetamine hcl</i>	179	<i>bismuth subsalicylate</i>	180
<i>benztropine mesylate</i>	75	<i>bisoprolol</i>	61
BERINERT	133	<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	61
<i>berri-freez pain relieving</i>	179	<i>black draught</i>	180
BESIFLOXACIN HYDROCHLORIDE	151	<i>blisovi 24 fe</i>	106
BESIVANCE	151	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	106
BESREMI	43	<i>blisovi fe 1/20</i>	106
<i>beta care</i>	180	BLUJEP A	20
<i>beta care betatar champú en gel</i>	179	<i>b-natal</i>	180
<i>betadine</i>	180	BONSITY	103
<i>betaine anhydrous polvo</i>	117	BOOSTRIX	139
<i>beta med champú</i>	180	<i>boro-packs</i>	181
<i>betamethasone dipropionate</i>	166	<i>bosentan</i>	67
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	166	BOSULIF	44
<i>betamethasone valerate</i>	166	<i>boudreauxs butt paste</i>	181
BETASERON	95	<i>boudreauxs butt paste butt protectora</i>	181
<i>beta xma</i>	180	<i>bprotected multi-vite</i>	181
<i>betaxolol hcl</i>	61, 154	<i>bp wash</i>	181
<i>bethanechol chloride</i>	129	BRAFTOVI	44
BEVESPI	157	BREO ELLIPTA	162
<i>bexarotene</i>	43, 169	BREZTRI	157
		<i>briellyn</i>	106

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>brimonidine tartrate</i>	154	<i>calcium 600+d high potency</i>	182
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	154	<i>calcium 600 + minerals</i>	182
<i>brinzolamide</i>	154	<i>calcium 600 with vitamin d</i>	182
<i>brivaracetam</i>	82	<i>calcium 1000 + d</i>	182
BRIVIACT.....	83	<i>calcium acetate</i>	182
<i>bromfenac</i>	153	<i>calcium antacid extra strength</i>	182
<i>bromfenac sodium</i>	153	<i>calcium carbonate</i>	182
<i>bromocriptine mesylate</i>	75	<i>calcium carbonate powder</i>	182
<i>bromphen/pseudoephedrine hcl/dextromethorphan</i> <i>hydrobromide</i>	181	<i>calcium/c/d</i>	182
<i>bronkids</i>	181	<i>calcium citrate</i>	182
BRUKINSA.....	44	<i>calcium citrate + d3 maximum</i>	182
<i>budesonide</i>	161	<i>calcium citrate+d3 petites</i>	182
<i>budesonide aerosol nasal</i>	181	<i>calcium citrate/vitamin d</i>	182
<i>budesonide dr</i>	125	<i>calcium/magnesium/zinc</i>	183
<i>budesonide er</i>	125	<i>calcium oyster shell</i>	182
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	162	<i>calcium plus d3 absorbible</i>	182
<i>bumetanide</i>	65	<i>calcium/vitamin d</i>	183
<i>buprenorphine</i>	17	<i>calcium/vitamin d3</i>	183
<i>buprenorphine hcl</i>	96	<i>calmoseptine</i>	183
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	96	CALQUENCE	44
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i> <i>hydrochloride</i>	96, 97	<i>cal-quick</i>	183
<i>bupropion</i>	70, 71	<i>caltrate 600+d3 soft chews</i>	183
BUPROPION.....	70	<i>cam</i>	183
<i>bupropion hydrochloride er</i>	70, 97	<i>camila</i>	106
<i>bupirone hcl</i>	69	CAMRESE.....	106
<i>bupirone hydrochloride</i>	69	CAMRESE LO	106
<i>butenafine hydrochloride</i>	181	<i>candesartan cilexetil</i>	57
<i>butorphanol tartrate</i>	18	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	56
C		CAPLYTA.....	77
<i>cabergoline</i>	118	CAPRELSA	44
CABOMETYX	44	<i>capsaicin</i>	183
<i>caffeine anhydrous polvo</i>	181	<i>cápsula de aceite de pescado de concentración triple</i> 200	
<i>calamine</i>	181, 182	<i>cápsula vegetal vacía/cierre fácil, n.º0</i>	198
<i>calamine phenolated</i>	181	<i>cápsula vegetal vacía/cierre fácil, n.º1</i>	198
<i>calcipotriene</i>	165	<i>cápsula vegetal vacía/cierre f□l, n.□</i>	198
<i>calcitonin-salmon</i>	103	<i>captopril</i>	55
<i>calcitrene</i>	165	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>calcitriol</i>	121	<i>capzasin-p</i>	183
CALCITRIOL.....	165	<i>carbamazepine</i>	83
<i>calcium</i>	182	<i>carbamazepine er</i>	83
<i>calcium + d3</i>	182	<i>carbidopa</i>	75
<i>calcium+d3</i>	183	<i>carbidopa/levodopa</i>	75
<i>calcium 500/vitamin d</i>	182	CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE.....	75
<i>calcium 500/vitamin d3</i>	182	<i>carbidopa/levodopa er</i>	75
		<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables</i>	75
		CARBINOXAMINE.....	157
		<i>carbinoxamine maleate</i>	157

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	183	<i>cerave pm loción facial humectante ultra liviana</i>	184
<i>cardiopress</i>	183	<i>cerave sa/rough and bumpyskin</i>	184
<i>ca-rezz</i>	183	<i>cerave therapeutic para manos</i>	184
<i>ca-rezz norisc</i>	183	CERDELGA	118
<i>carglumic acid</i>	118	<i>cetaphil advanced relief</i>	184
<i>carteolol hcl</i>	154	<i>cetaphil daily advance ultra hidratante</i>	184
<i>cartia xt</i>	62	<i>cetaphil daily facial humectante</i>	184
<i>carvedilol</i>	61	<i>cetaphil humectante</i>	184
<i>carvedilol phosphate er</i>	61	<i>cetaphil restoraderm</i>	184
<i>caspofungin acetate</i>	24	<i>cetaphil therapeutic para manos</i>	184
<i>castellani paint</i>	183	<i>cetirizine hcl</i>	184
<i>castile soap towelettes apósitos</i>	183	<i>cetirizine hydrochloride</i>	158, 184
<i>castiva cooling</i>	183	<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine</i>	
<i>castor oil</i>	183	<i>hydrochloride</i>	184
<i>castor oil stimulant laxative</i>	183	<i>cevimeline hydrochloride</i>	171
CAYSTON	20	<i>champú anticaspa</i>	176, 191
<i>cefaclor</i>	33	<i>charlotte 24 fe</i>	106
CEFACTOR ER.....	33	<i>chateal eq</i>	106
<i>cefadroxil</i>	33	CHEMET	104
<i>cefazolin</i>	34	<i>chemstrip ugk tira</i>	185
CEFAZOLIN.....	34	<i>cherry jarabe</i>	185
CEFAZOLIN/DEXTROSE.....	34	<i>chest rub</i>	185
<i>cefazolin sodium</i>	33, 34	<i>chewable vitamin d3</i>	185
CEFAZOLIN SODIUM.....	33	<i>chew q</i>	185
<i>cefdinir</i>	34	<i>childrens chewable multivitamin</i>	185
<i>cefepime</i>	34	<i>childrens gummies</i>	185
<i>cefixime</i>	34	<i>childrens non-aspirin</i>	185
<i>cefotetan</i>	34	<i>chlorphedianol/dexchlorpheniramine./pseudoephedrine</i>	185
<i>cefoxitin</i>	34	<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	20
<i>cefpodoxime proxetil</i>	34	<i>chloraseptic kids</i>	185
<i>cefprozil</i>	34	<i>chloraseptic max sore throat pastillas</i>	185
<i>ceftaroline</i>	34	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	69
<i>ceftazidime</i>	35	<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	69
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	35	<i>chlorhexidine gluconate</i>	171, 185
<i>ceftriaxone sodium</i>	35	<i>chlorocaps</i>	185
CEFTRIAZONE SODIUM.....	35	<i>chloroquine phosphate</i>	26
<i>cefuroxime axetil</i>	35	<i>chlorpheniramine maleate</i>	185
<i>cefuroxime sodium</i>	35	<i>chlorpromazine hcl</i>	77
<i>celecoxib</i>	15	<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	77
<i>centrum multivitamin flavor burst drink</i>	183	<i>chlorthalidone</i>	65
<i>cepacol sore throat maximum numbing pastilla</i>	184	<i>chocolated laxative</i>	185
<i>cephalexin</i>	35	<i>cholase control</i>	185
<i>cerave am facial humectante/spf 30</i>	184	<i>cholestyramine</i>	59
<i>cerave baby pomada curativa</i>	184	<i>cholestyramine light</i>	59
<i>cerave diabetics dry skin relief</i>	184	<i>cicaplast baume b5 soothing multi-purpose bálsamo</i>	185
<i>cerave humectante</i>	184	<i>ciclopirox</i>	164
<i>cerave humectante para todos los días</i>	184	<i>ciclopirox nail lacquer</i>	164

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ciclopirox olamine</i>	164	<i>clomipramine hydrochloride</i>	71
<i>cilostazol</i>	133	<i>clonazepam</i>	83
CILOXAN.....	151	<i>clonazepam tabs. bucodispersables</i>	83
CIMDUO.....	29	<i>clonidine</i>	66
<i>cimetidine</i>	124	<i>clonidine hydrochloride</i>	66
<i>cimetidine 200</i>	185	<i>clopidogrel</i>	134
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	71, 118	<i>clorazepate dipotassium</i>	83
<i>ciprofloxacin</i>	156	<i>cloroxazone</i>	95
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	156	<i>clotrimazole</i>	164, 186
<i>ciprofloxacin hcl</i>	36	<i>clotrimazole 3</i>	186
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	36, 152	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	164
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	36	<i>clotrimazole past. para chup</i>	171
CIPRO HC.....	156	<i>clozapine</i>	77, 78
<i>citalopram hydrobromide</i>	71	<i>clozapine tabs. bucodispersables</i>	77
<i>claravis</i>	163	<i>coal tar liquido</i>	186
<i>clarithromycin</i>	36	COARTEM.....	26
<i>clarithromycin er</i>	36	COBENFY.....	78
<i>clean & clear acne tripleclear crema exfoliante</i>	185	COBENFY STARTER PACK.....	78
<i>clean & clear advantage acne spot treatment</i>	186	<i>cocoa butter</i>	186
<i>clearasil daily clear vanishing acne treatment</i>	186	<i>cocoa butter para la piel</i>	186
<i>clear soluble fiber polvo</i>	186	<i>cocoa butter para manos y cuerpo</i>	186
<i>clemastine fumarate</i>	158	<i>coconut oil beauty</i>	186
CLENPIQ.....	125	CODEINE SULFATE.....	18
<i>clindacin</i>	163	<i>coditussin dac</i>	186
<i>clindamycin hcl</i>	20	<i>cod liver oil</i>	186
<i>clindamycin hydrochloride</i>	20	<i>coenzyme q-10</i>	186
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	20	<i>coenzyme q10</i>	186
<i>clindamycin phosphate</i>	21, 130, 163	<i>coenzyme q-10/high poten cy</i>	186
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	21	<i>colace 2-in-1</i>	186
<i>clindamycin phosphate (dos veces al día)</i>	163	<i>colchicine</i>	15
<i>clindamycin phosphate (una vez al día)</i>	163	<i>cold & allergy</i>	186
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE.....	21	<i>cold & allergy d maximum strength</i>	186
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 5 %.....	147	<i>cold & cough childrens</i>	186
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 10 %.....	147	<i>cold/cough dm childrens</i>	186
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 15 %.....	148	<i>cold & flu relief multi-symptom nighttime</i>	186
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 20 %.....	148	<i>cold & sinus relief</i>	186
CLINIMIX 6/5.....	148	<i>colesevelam hydrochloride</i>	59
CLINIMIX 8/10.....	148	<i>colestipol hydrochloride</i>	59, 60
CLINIMIX 8/14.....	149	<i>colistimethate sodium</i>	21
<i>clinisol sf</i>	149	<i>collagen</i>	186
CLINOLIPID.....	149	<i>collagen ultra</i>	187
<i>clinpro 5000 pasta</i>	171	COMBIGAN.....	154
<i>cln facial moisturizer nourishing</i>	186	COMBIVENT RESPIMAT.....	157
<i>clobazam</i>	83	COMETRIQ KIT.....	44, 45
<i>clobetasol propionate</i>	166, 167	<i>complete humectante</i>	187
<i>clobetasol propionate e</i>	166	<i>compro</i>	122
<i>clodan</i>	167		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>compuesto con eliminador de verrugas invisible de un solo paso</i>	187	<i>cvs daily ultra humectante</i>	188
<i>conceptionxr motility support fórmula</i>	187	<i>cvs dry skin therapy</i>	189
<i>conjugated estrogens</i>	115	<i>cvs extra humectante</i>	189
<i>consulose</i>	125	<i>cvs gentle skin cleanser</i>	189
<i>contac cold+flu maximum strength</i>	187	<i>cvs glucosamine/chondroitin maximum strength</i>	189
<i>cooling pain relief</i>	187	<i>cvs hair/skin/nails</i>	189
<i>cool 'n heat tira</i>	187	<i>cvs humectante</i>	189
COPIKTRA	45	<i>cvs immune support vitamin c</i>	189
<i>co q-10</i>	186	<i>cvs intense dry skin therapy</i>	189
<i>coq-10</i>	187	<i>cvs laxative dietary supplement</i>	189
<i>coq10 gummies adult</i>	187	<i>cvs menopause support</i>	189
<i>coq-10 tr</i>	187	<i>cvs miconazole kit con un paquete de 1 combinación</i>	189
<i>coricidin hbp chest congestion & cough</i>	187	<i>cvs mini enema kids enema</i>	189
CORLANOR	66	<i>cvs nasal decongestant</i>	189
<i>corn and callus remover</i>	187	<i>cvs skin therapy ultra restoring</i>	189
<i>corn huskers</i>	187	<i>cvs sore throat pastilla</i>	189
<i>coromega omega 3 squeeze</i>	187	<i>cvs special care</i>	189
<i>corticare b</i>	187	<i>cvs stomach relief</i>	189
<i>cortizone-10 feminine itch relief maximum strength</i>	188	<i>cvs stool softener</i>	190
COTELLIC	45	<i>cvs stuffy nose & cold childrens</i>	190
<i>cottonseed oil</i>	188	<i>cvs therapeutic dandruff extra strength champú</i>	190
<i>cough & cold hbp</i>	188	<i>cyanocobalamin</i>	190
<i>cough drops</i>	188	<i>cyanocobalamin nasal</i>	190
<i>cranberry</i>	188	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	96
<i>cranberry extract</i>	188	<i>cyclophosphamide cápsula</i>	40
CREON	126	CYCLOPHOSPHAMIDE TABLETA	40
<i>creo-terpin</i>	188	<i>cycloserine</i>	30
CRESEMBA	25	<i>cyclosporine</i>	138
<i>cromolyn sodium</i>	126, 154, 160, 188	<i>cyclosporine modified</i>	138
<i>cryselle</i>	106	<i>cyproheptadine hcl</i>	158
<i>cryselle-28</i>	106	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	158
<i>culturelle health & wellness</i>	188	<i>cyred eq</i>	106
<i>culturelle womens wellness probiotic</i>	188	CYSTAGON	118
<i>cutter dry</i>	188	CYSTARAN	155
<i>cvs acetaminophen</i>	188	D	
<i>cvs advanced acne spot treatment</i>	188	<i>d3 190</i>	
<i>cvs allergy relief</i>	188	<i>dabigatran</i>	130
<i>cvs antacid/anti-gas maximum strength</i>	188	<i>daily fiber polvo</i>	190
<i>cvs b12</i>	188	<i>daily vitamin formula</i>	190
<i>cvs beauty 360 dry skin</i>	188	<i>daily vitamins</i>	190
<i>cvs chest congestion/cough hbp</i>	188	<i>dalfampridine er</i>	95
<i>cvs childrens triacting cough/runny nose</i>	188	<i>danazol</i>	97
<i>cvs cold & flu hbp</i>	188	<i>dantrolene sodium</i>	96
<i>cvs cold & sinus relief</i>	188	DANZITEN	45
<i>cvs cortisone maximum strength</i>	188	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL	100
<i>cvs daily fiber</i>	188	<i>dapsone</i>	21, 163

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
DAPTACEL.....	139	<i>desloratadine</i>	158
<i>daptomycin</i>	21	<i>desloratadine tabs. bucodispersables</i>	158
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE.....	21	<i>desmopressin acetate</i>	118
<i>darunavir</i>	26, 27	<i>desonide</i>	167
<i>dasatinib</i>	45	<i>desoximetasone</i>	167
<i>dasetta 1/35</i>	106	<i>despec dm</i>	192
<i>dasetta 7/7/7</i>	106	<i>despec eda</i>	192
DAURISMO.....	45	<i>dessmopressin acetate</i>	118
<i>dayhist allergy 12 hour relief</i>	191	<i>desvenlafaxine er</i>	71
<i>daysee</i>	106	<i>dexamethasone</i>	116
<i>daytime cough</i>	191	<i>dexamethasone intensol</i>	116
DAYVIGO.....	92	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	153
<i>d-cerin</i>	191	<i>dexbrompheniramine/dm/phenylephrine</i>	192
<i>deblitane</i>	107	<i>dexlansoprazole</i>	128
<i>decara</i>	191	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	91
<i>deconex ir</i>	191	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	91
<i>deferasirox</i>	104	<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	91
<i>dekas essential</i>	191	<i>dextroamphetamine</i>	91
DELSTRIGO.....	29	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	91
<i>delsym cough + cold nighttime childrens</i>	191	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	91
<i>delyla</i>	107	<i>dextromethorphan/guaiifenesin</i>	192
DENGVAXIA.....	139	<i>dextromethorphan/guaiifenesin/phenylephrine</i>	192
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE.....	171	<i>dextromethorphan hbr</i>	192
<i>dentagel</i>	171	<i>dextromethorphan hydrobromide/guaiifenesin</i>	192
DEPO-SUBQ PROVERA.....	107	<i>dextromethorphan hydrobromide/guaiifenesin/ phenylephrine hydr</i>	192
<i>dermabase oil in water</i>	191	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	192
<i>dermaide aloe</i>	191	DEXTROSE.....	149
<i>dermal therapy extra strength para el cuerpo</i>	191	DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %...	142
<i>dermal therapy face care humectante</i>	191	<i>dextrose 5 %</i>	149
<i>dermal therapy foot massage</i>	191	DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE n.º 48.....	141
<i>dermal therapy hand elbo w & knee crema</i>	191	DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS.....	142
<i>dermal therapy heel care</i>	191	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %.....	142
<i>dermamed</i>	191	<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 %</i>	142
<i>dermarest psoriasis</i>	191	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 %.....	142
<i>dermazinc</i>	191	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.33 %.....	142
<i>dermazinc aerosol</i>	191	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %.....	142
<i>dermazinc champú</i>	191	<i>dextrose 10 %</i>	149
<i>dermend fragile skin moisturizing formula</i>	191	DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %.....	141
<i>dermend moisturizing bruise formula</i>	191	DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %...	142
<i>dermoplast</i>	191	<i>dextrose 50 %</i>	149
DESCOVY.....	29	<i>dextrose 70 %</i>	149
<i>desenex</i>	191	<i>dextrose/sodium chloride</i>	142
<i>desenex polvo</i>	191	<i>diabetic tussin cough/chest congestion dm maximum strength</i>	192
<i>desgen pediatric</i>	191	<i>diabetiderm</i>	192
<i>desipramine hydrochloride</i>	71	<i>diabetiderm foot rejuvenating</i>	192
<i>desitin</i>	191		
<i>desitin multi-purpose healing</i>	191		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>diabet-x daily preventionskin therapy</i>	192	<i>dipyridamole</i>	134
DIACOMIT.....	84	<i>disopyramide phosphate</i>	57
<i>dialyvite 800</i>	192	<i>dispositivo con vaso/tubo para la nebulización</i>	219
<i>dialyvite 800/zinc</i>	192	<i>disulfiram</i>	97
<i>diaper rash</i>	192	<i>divalproex sodium dr</i>	84
<i>diastix tira</i>	193	<i>divalproex sodium er</i>	84
<i>diazepam</i>	84	<i>dml</i>	193
DIAZEPAM.....	84	<i>dml forte</i>	193
<i>diazepam intensol</i>	84	<i>docosanol</i>	193
<i>diazoxide</i>	117	<i>docusate calcium</i>	193
<i>diclofenac potassium</i>	15	<i>docusate mini enema</i>	193
<i>diclofenac sodium</i>	153, 169, 193	<i>docusate sodium</i>	193
<i>diclofenac sodium dr</i>	16	<i>dofetilide</i>	58
<i>diclofenac sodium er</i>	16	<i>dok</i>	193
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	16	<i>dolishale</i>	107
<i>dicloxacillin sodium</i>	38	<i>dometuss-dmx</i>	193
<i>dicyclomine hcl</i>	124	<i>dona</i>	193, 194
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	124	<i>donepezil hcl</i>	69
<i>di-dak-sol</i>	193	<i>donepezil hydrochloride</i>	69
<i>diethylpropion hcl</i>	193	DOPTELET	133
<i>diethylpropion hcl er</i>	193	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	154
DIFICID.....	36	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	154
<i>diflunisal</i>	16	<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	154
<i>difluprednate</i>	153	<i>dotti</i>	115
<i>di-gel</i>	193	<i>double antibiotic</i>	194
<i>digox</i>	66	DOVATO.....	29
<i>digoxin</i>	66	<i>doxazosin mesylate</i>	55
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	93	<i>doxepin hcl</i>	71
DILANTIN	84	<i>doxepin hydrochloride</i>	71, 92, 169
DILANTIN-125	84	<i>doxercalciferol</i>	122
DILANTIN INFATABS	84	<i>doxy 100</i>	38
<i>diltiazem</i>	62	<i>doxycycline</i>	39, 169
<i>diltiazem hcl</i>	63	<i>doxycycline hyclate</i>	39
DILTIAZEM HCL	62	<i>doxycycline monohydrate</i>	39
<i>diltiazem hcl er</i>	62	<i>dramamine motion sickness for kids</i>	194
<i>diltiazem hydrochloride</i>	63	DRIZALMA.....	71
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	63	<i>dronabinol</i>	122
<i>dilt-xr</i>	62	<i>drops</i>	191
<i>dimaphen dm cold & cough</i>	193	<i>drospirenone</i>	107
DIMENHYDRINATE.....	122	<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i> .	107
<i>dimetapp children's cold & cough</i>	193	DROXIA	133
<i>dimetapp long acting cough plus cold</i>	193	<i>droxidopa</i>	66
<i>diphenhydramine hcl</i>	193	<i>dr smiths diaper</i>	194
<i>diphenhydramine hcl/zinc acetate</i>	193	<i>dr smiths rash + skin</i>	194
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	158, 193	<i>dry eye relief</i>	194
<i>diphenoxylate/atropine</i>	127	DUAVEE.....	115
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	126	<i>dulcolax</i>	194

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
DULERA.....	162	<i>eluyring</i>	107
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	71	EMEND	122
<i>duofilm</i>	194	<i>emergen-c kidz</i>	196
DUPIXENT.....	134	<i>emergen-c msm lite</i>	197
<i>duravent dm</i>	194	<i>emergen-c super fruit</i>	197
<i>duravent pe</i>	194	<i>emergen-c vitamin c lite</i>	197
<i>durex realfeel non-latex dispositivo</i>	194	<i>emollia-creme</i>	197
<i>dutasteride</i>	129	<i>emollia-lotion</i>	198
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	129	EMSAM.....	71
E		<i>emtricitabine</i>	27
<i>earwax removal</i>	194	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i> 30	
<i>easy flow black/blue dispositivo</i>	194	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	30
<i>easy flow black/orange dispositivo</i>	194	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	30
<i>easy flow black/red dispositivo</i>	194	EMTRIVA.....	27
<i>easy flow black/white dispositivo</i>	194	EMVERM.....	21
<i>easy flow black/yellow dispositivo</i>	194	<i>emzahh</i>	107
<i>easy flow white/blue dispositivo</i>	194	<i>enalapril maleate</i>	55
<i>easy flow white/green dispositivo</i>	194	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>easy flow white/pink dispositivo</i>	194	ENBREL	134
<i>easy flow white/white dispositivo</i>	194	ENBREL MINI.....	134
<i>easy flow white/yellow dispositivo</i>	194	ENBREL SURECLICK.....	134
<i>econazole nitrate</i>	164	<i>encare</i>	198
<i>ed a-hist dm</i>	194	<i>endacof-dm</i>	198
EDARBI.....	57	<i>endocet</i>	18
EDARBYCLOR	56	<i>endur-acin</i>	198
<i>ed bron gp</i>	194	<i>enema de aceite mineral</i>	198
<i>ed chlorped jr</i>	194	<i>enema disposable</i>	198
EDURANT	27	<i>energy booster</i>	198
EDURANT PED	27	ENGERIX-B.....	139
<i>efavirenz</i>	27	<i>enilloring</i>	107
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	29	<i>enoxaparin sodium</i>	131
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	29	ENSACOVE.....	45
<i>effe-k</i>	144	<i>enskyce</i>	107
<i>effervescent pain relief</i>	194	<i>entacapone</i>	75
<i>eldertonic</i>	194	<i>entecavir</i>	31
<i>eletriptan hydrobromide</i>	93	ENTRESTO	56
ELIGARD	41	<i>enulose</i>	125
<i>elinest</i>	107	EPCLUSA.....	32
ELIQUIS	130, 131	<i>ephrine nose drops</i>	198
ELIQUIS PAQ. INICIAL.....	130	EPIDIOLEX.....	84
<i>elon matrix 5000</i>	195	<i>epilyt</i>	198
<i>elon matrix 5000 complete</i>	195	<i>epinastine hcl</i>	154
<i>elon matrix complete</i>	195	<i>epinephrine</i>	160
<i>elon matrix plus</i>	195	<i>eplerenone</i>	55
<i>elon r3</i>	195	<i>epoprostenol sodium</i>	68
<i>elon skin repair system</i>	195	EPRONTIA.....	84
		<i>eq humectante terapéutica</i>	198

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>eql absolute moisture dry skin</i>	198	<i>eucerin</i>	199
<i>eql advanced recovery skin care</i>	198	<i>eucerin advanced repair</i>	199
<i>eql advanced skin therapy</i>	198	<i>eucerin advanced repair para manos</i>	199
<i>eql aloe after sun</i>	198	<i>eucerin baby</i>	199
<i>eql antibacterial deodorant soap bar</i>	198	<i>eucerin daily hydration</i>	199
<i>eql calcium/vitamin d</i>	198	<i>eucerin daily hydration spf15</i>	199
<i>eql humectante</i>	198	<i>eucerin daily protection/spf 30</i>	199
<i>eql humectante intensiva de día</i>	198	<i>eucerin intensive repair</i>	199
<i>eql melatonin/vitamin b-6</i>	198	<i>eucerin original healing</i>	199
<i>eql one daily womens</i>	198	<i>eucerin plus</i>	199
<i>eq therapeutic dry skin</i>	198	<i>eucerin professional repair rich feel</i>	199
<i>equalactin</i>	198	<i>eucerin redness relief crema nocturna</i>	199
<i>ergocalciferol</i>	198	<i>eucerin roughness relief</i>	199
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	93	<i>eucerin smoothing repair advanced formula</i>	199
ERIVEDGE.....	45	EUCRISA.....	169
ERLEADA.....	41	EULEXIN	41
<i>erlotinib hydrochloride</i>	45	<i>everolimus</i>	45, 138
<i>errin</i>	107	<i>evolution60</i>	199
ERTACZO.....	164	EVOTAZ.....	30
<i>ertapenem sodium</i>	21	<i>exemestane</i>	41
<i>ery</i>	163	<i>ex-lax</i>	199
<i>eryhtromycin dr</i>	36	<i>ex-lax maximum strength</i>	199
<i>erythromycin</i>	152, 163	EXTENCILLINE.....	38
<i>erythromycin base</i>	36	EXXUA.....	72
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	163	EXXUA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	72
<i>erythromycin lactobionate</i>	36	<i>eye allergy relief</i>	199
ERZOFRI.....	78	EYSUVIS.....	155
<i>escitalopram oxalate</i>	72	<i>ezetimibe</i>	60
ESCITALOPRAM OXALATE.....	72	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	60
<i>eslicarbazepine acetate</i>	85	<i>ezfe 200</i>	199
<i>esomeprazole magnesium</i>	128	F	
<i>esomeprazole magnesium dr</i>	199	<i>falmina</i>	107
<i>esomeprazole sodium</i>	128	<i>famciclovir</i>	32
<i>estarylla</i>	107	<i>famotidine</i>	124
<i>estradiol</i>	115	<i>famotidine premixed</i>	124
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	115	FANAPT	78
<i>estradiol valerate</i>	115	FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS A ..	78
ESTRING.....	115	FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS B ..	78
<i>ethambutol hydrochloride</i>	30	FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS C ..	78
<i>ethosuximide</i>	85	FARXIGA	100
<i>ethyl oleate</i>	199	FASENRA.....	160
<i>ethyl rubbing alcohol</i>	199	<i>fc2 preservativo femenino varios</i>	199
<i>ethynodiol</i>	107	<i>febuxostat</i>	15
<i>etodolac</i>	16	<i>feirza 1.5/30</i>	107
<i>etodolac er</i>	16	<i>feirza 1/20</i>	107
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	107	<i>felbamate</i>	85
<i>etravirine</i>	27		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>felodipine er</i>	63	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	25
<i>femquil</i>	199	<i>fluconazole/sodium chloride</i>	25
<i>fenofibrate</i>	58, 59	<i>flucytosine</i>	25
<i>fenofibrate micronized</i>	58	<i>fludrocortisone acetate</i>	116
<i>fenofibric acid dr</i>	59	<i>flunisolide</i>	161
<i>fenoprofen calcium</i>	16	<i>fluocinolone acetonide</i>	156, 167
FENOPROFEN CALCIUM	16	<i>fluocinolone acetonide para el cuerpo</i>	167
<i>fentanyl</i>	17	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	167
<i>ferretts</i>	199	<i>fluocinonide</i>	167
<i>ferretts chewable iron</i>	199	<i>fluocinonide emulsified base</i>	167
<i>ferrimin 150</i>	200	<i>fluoride</i>	144
<i>ferrous fumarate</i>	200	<i>fluoridex daily defense</i>	171
<i>ferrous fumarate 324</i>	200	FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE ...	171
<i>ferrous gluconate</i>	200	<i>fluorimax 5000</i>	171
<i>ferrous sulfate</i>	200	FLUORIMAX 5000 SENSITIVE.....	171
<i>fesoterodine fumarate er</i>	129	<i>fluorometholone</i>	153
FETZIMA	72	<i>fluorouracil</i>	169
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS ...	72	FLUOROURACIL.....	169
<i>feverall infants supositorio</i>	200	<i>fluoxetine dr</i>	72
<i>feverall junior strength supositorio</i>	200	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	72
<i>fexofenadine hydrochloride</i>	200	<i>fluphenazine decanoate</i>	78
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine</i> <i>hydrochloride er</i>	200	<i>fluphenazine hcl</i>	78
FIASP.....	98	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	78, 79
FIASP FLEXTOUCH.....	98	<i>furbiprofen</i>	16
FIASP PENFILL.....	98	<i>furbiprofen sodium</i>	153
FIASP PUMPCART.....	98	<i>flu/severe cold & cough daytime</i>	201
<i>fiber polvo</i>	200	<i>fluticasone</i>	162
<i>fiber tabs</i>	200	<i>fluticasone propionate</i>	161, 168
<i>fiber therapy</i>	200	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	162
<i>fidaxomicin</i>	36	FLUTICASONE PROPIONATE/SALMETEROL HFA.....	162
<i>finasteride</i>	129	<i>fluvastatin</i>	59
<i>finzolimid hydrochloride</i>	95	<i>fluvastatin sodium er</i>	59
FINTEPLA.....	85	<i>fluvoxamine maleate</i>	69
<i>finzala</i>	108	<i>fluvoxamine maleate er</i>	69
FIRMAGON	41	<i>folbee plus</i>	201
<i>first aid antiseptic pomada</i>	200	<i>folic acid</i>	201
<i>flac</i>	156	<i>folitab 500</i>	201
<i>flanders buttocks</i>	200	<i>foltan rx</i>	201
FLAREX	153	<i>fomepizole</i>	118
<i>flecainide acetate</i>	58	<i>fondaparinux sodium</i>	131
<i>fleet liquid glycerin suppositories</i>	200	<i>fora gtel blood ketone tiras reactivas</i>	201
<i>flonase allergy relief</i>	200	<i>fora test n' go advance/voice/6 connect tira</i>	201
<i>flonase sensimist</i>	200	<i>fosamprenavir calcium</i>	27
<i>flonase sensimist childrens</i>	200	<i>fosfomycin tromethamine</i>	21
<i>floranex one</i>	200	<i>fosinopril sodium</i>	55
<i>fluconazole</i>	25	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	54

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fosphenytoin sodium</i>	85	<i>gentamicin sulfate pediátrico</i>	21
FOTIVDA.....	46	<i>gentamicin sulfate/sodium chloride</i>	21
FRAGMIN.....	131	<i>genteal severe tears</i>	201
<i>fraiche 5000 dental</i>	171	<i>genteal tears liquid drops moderate</i>	201
<i>freeze it fast pain relief</i>	201	<i>genteal tears moderate pf</i>	201
<i>freshkote</i>	201	<i>genteal tears severe day/night</i>	201
FRUZAQLA.....	46	<i>gentle skin cleanser</i>	202
<i>full spectrum b/vitamin c</i>	201	<i>gentle skin cleanser líquido</i>	202
<i>fungoid tincture kit 2 %</i>	201	GENVOYA.....	30
<i>furosemide</i>	65	GILOTRIF.....	46
FUZEON.....	27	<i>giltuss allergy plus cough & congestion</i>	202
<i>fyavolv</i>	115	<i>giltuss cough & cold</i>	202
FYCOMPA.....	85	<i>giltuss ex expectorant childrens</i>	202
G		<i>giltuss ex maximum strength</i>	202
<i>gabapentin</i>	85	<i>giltuss sinus & congestion</i>	202
<i>galantamine hydrobromide</i>	70	<i>glatiramer acetate</i>	95
<i>galantamine hydrobromide er</i>	69	<i>glatopa</i>	95
<i>galbriela</i>	108	<i>glenmax peb dm</i>	202
<i>gallifrey</i>	120	GLEOSTINE.....	40
GAMASTAN.....	137	<i>glimepiride</i>	100
GAMMAKED.....	137	<i>glipizide</i>	101
GAMUNEX-C.....	137	<i>glipizide er</i>	100
<i>ganciclovir</i>	32	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	100
GARDASIL 9.....	139	<i>glucosamine-chondroitin</i>	202
GASAS CURITY.....	98	<i>glucosamine/chondroitin</i>	202
<i>gas relief infants</i>	201	<i>glucosamine chondroitin complex</i>	202
<i>gas-x extra strength tira 62.5 mg</i>	201	<i>glucosamine/chondroitin triple strength</i>	202
<i>gas-x infant drops</i>	201	<i>glucosamine msm complex</i>	202
<i>gatifloxacin</i>	152	<i>glucosamine sulfate</i>	202
GATTEX.....	127	<i>glucose</i>	202
<i>gavilyte-c</i>	125	GLUCOSE (DEXTROSE) 50 %.....	149
<i>gavilyte-g</i>	125	GLUCOSE (DEXTROSE) 70 %.....	149
<i>gavilyte-n/paquete saborizado</i>	125	<i>glucose gel</i>	202
<i>gaviscon</i>	201	<i>glucose instant energy</i>	202
<i>gaviscon extra strength</i>	201	<i>glucose liquid</i>	202
GAVRETO.....	46	<i>glycerin adult supositorio</i>	202
<i>gcon ir</i>	201	<i>glycerin external líquido</i>	202
<i>gefitinib</i>	46	<i>glycerin infants & children suppository</i>	202
<i>gemfibrozil</i>	59	<i>glycopyrrolate</i>	124
GEMTESA.....	129	<i>glycotrol</i>	202
<i>gencontuss</i>	201	<i>glycotrol complete</i>	203
<i>generlac</i>	125	GLYXAMBI.....	101
<i>gengraf</i>	138	<i>gnp aceite de pescado</i>	203
GENOTROPIN.....	118	<i>gnp immune support</i>	203
GENOTROPIN MINIQUICK.....	118	<i>gnp iron</i>	203
<i>gentamicin sulfate</i>	21, 152, 163, 164	<i>gnp l-lysine</i>	203
		<i>gnp natural fiber polvo</i>	203

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp vitamin a/d pomada</i>	203	<i>guaifenesin dac</i>	204
<i>gojji blood ketone tiras reactivas</i>	203	<i>guaifenesin/dextromethorphan</i>	205
<i>gold bond age renew crepe corrector</i>	203	<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide</i>	205
<i>gold bond diabetics dry skin relief para manos</i>	203	<i>guaifenesin er</i>	205
<i>gold bond essentials everyday moisture mens</i>	203	<i>guaifenesin/phenylephrine</i>	205
<i>gold bond everyday moisture mens essentials</i>	203	<i>guaifenesin/pseudoephedrine hydrochloride er</i>	205
<i>gold bond healing</i>	203	<i>guanfacine</i>	91
<i>gold bond healing para manos</i>	203	<i>guanfacine hydrochloride</i>	66
<i>gold bond medicated body</i>	203	<i>g-zyncof</i>	205
<i>gold bond medicated body extra strength</i>	203	H	
<i>gold bond pain relieving para pies</i>	203	HADLIMA.....	134
<i>gold bond pure moisture daily body & face</i>	203	HADLIMA PUSH TOUCH.....	134
<i>gold bond radiance renewal hidratante</i>	203	HAEGARDA	133
<i>gold bond ultimate diabetics' dry relief</i>	203	<i>hailey 1.5/30</i>	108
<i>gold bond ultimate healing</i>	203	<i>hailey 24 fe</i>	108
<i>gold bond ultimate overnight</i>	203	<i>hailey fe 1.5/30</i>	108
<i>gold bond ultimate protection</i>	203	<i>hailey fe 1/20</i>	108
<i>gold bond ultimate restoring</i>	203	<i>hair nourishing supplement</i>	205
<i>gold bond ultimate rough & bumpy skin</i>	203	<i>halobetasol propionate</i>	168
<i>gold bond ultimate sheer ribbons pearlradiance</i>	203	<i>haloette</i>	108
<i>gold bond ultimate softening</i>	204	<i>haloperidol</i>	79
<i>gold bond ultimate soothing</i>	204	<i>haloperidol decanoate</i>	79
GOMEKLI	46	<i>haloperidol lactate</i>	79
<i>goodsense 24-hour allergy aerosol nasal</i>	204	HAVRIX	139
<i>goodsense all day allergy childrens</i>	204	<i>h-chlor 6</i>	205
<i>goodsense anti-itch maximum strength</i>	204	<i>h-chlor 12</i>	205
<i>goodsense capsaicin arthritis pain relief</i>	204	<i>headache formula</i>	205
<i>goodsense corn & callus remover kit</i>	204	<i>heartburn relief extra strength</i>	205
<i>goodsense esomeprazole magnesium</i>	204	<i>heart savior</i>	205
<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	204	<i>heart tabs</i>	205
<i>goodsense lansoprazole</i>	204	<i>heather</i>	108
<i>goodsense miconazole 1 kit</i>	204	<i>hemorrhoidal</i>	205
<i>goodsense mucus dm</i>	204	<i>hemorrhoidal pomada</i>	205
<i>good start supreme agua estéril</i>	204	<i>hemorrhoidal relief</i>	205
<i>goodys extra strength</i>	204	<i>hemorrhoidal supositorio</i>	205
<i>gordomatic</i>	204	<i>heparin sodium</i>	132
<i>gordons urea</i>	204	HEPARIN SODIUM.....	132
<i>gordons-vite a</i>	204	HEPARIN SODIUM/D5W	131
<i>granisetron hydrochloride</i>	122	HEPARIN SODIUM/DEXTROSE.....	131
<i>griseofulvin microsize</i>	25	HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 %.....	131
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	25	HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE.....	132
<i>g-supress dx pediatric</i>	204	HEPLISAV-B	139
<i>g-tron ped</i>	204	<i>herbiomed severe cold & flu</i>	206
<i>g-tron pediatric drops</i>	204	HERNEXEOS.....	46
<i>g-tusicof</i>	204	HIBERIX	139
<i>guaifenesin</i>	205	<i>hidratante</i>	214
<i>guaifenesin/codeine</i>	205		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>hidratante para pieles sensibles</i>	214	<i>ibuprofen infants</i>	206
<i>histex</i>	206	<i>icatibant acetate</i>	133
<i>histex pd</i>	206	<i>ice blue</i>	206
<i>hm docosanol</i>	206	<i>iclevia</i>	108
<i>hm dry eye relief</i>	206	ICLUSIG.....	46
<i>hm eye drops</i>	206	<i>icy hot</i>	206
<i>hm hemorrhoidal</i>	206	<i>icy hot advanced relief pain relief patch</i>	206
<i>honey bears</i>	206	<i>icy hot naturals</i>	206
<i>honey bears w/iron and zinc</i>	206	<i>icy hot original pain relief</i>	206
<i>humectante para todos los días</i>	190	IDHIFA	46
HUMIRA.....	135	<i>imatinib mesylate</i>	46, 47
HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO).....	98	IMBRUVICA.....	47
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	99	<i>imipenem/cilastatin</i>	21
<i>hydralazine hydrochloride</i>	66	<i>imipramine hcl</i>	72
<i>hydrasyn25</i>	206	<i>imipramine hydrochloride</i>	73
<i>hydrazone</i>	206	<i>imiquimod</i>	170
<i>hydrocerin</i>	206	IMIQUIMOD PUMP	170
<i>hydrochlorothiazide</i>	65	IMKELDI.....	47
<i>hydrocodone</i>	19	<i>immublast-c</i>	207
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	19	<i>immunerx</i>	207
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	18	<i>immunicare</i>	207
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	17	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	139
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	19	IMPAVIDO	22
<i>hydrocortisone</i>	116, 125, 168, 206	INBRIJA	75
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	156	<i>incassia</i>	108
<i>hydrocortisone perianal</i>	169, 170	INCRELEX.....	118
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	116	INCRUSE ELLIPTA.....	157
<i>hydrocortisone valerate</i>	168	<i>indapamide</i>	65
<i>hydrogen peroxide</i>	206	INFANRIX.....	139
<i>hydromorphone hcl</i>	19	INLURIYO	41
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE	19	INLYTA.....	47
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	137	INQOVI	40
<i>hydroxyurea</i>	43	INREBIC.....	47
<i>hydroxyzine</i>	158	<i>insta-glucose gel</i>	207
<i>hydroxyzine hcl</i>	158	<i>instant ear-dry</i>	207
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	158	INSULIN ASPART	99
<i>hydroxyzine pamoate</i>	158	INSULIN ASPART FLEXPEN.....	99
HYRNUO	46	INSULIN ASPART PENFILL	99
<i>hysept 25</i>	206	INTELENCE.....	27
<i>hysept 50</i>	206	<i>intense cough reliever</i>	207
I		<i>intense cough reliever double strength</i>	207
<i>ibandronate sodium</i>	103	<i>introvale</i>	108
IBRANCE	46	<i>inulose blood sugar support</i>	207
IBTROZI.....	46	INVEGA HAFYERA.....	79
<i>ibu</i>	16	INVEGA SUSTENNA.....	79
<i>ibuprofen</i>	16, 206	INVEGA TRINZA.....	79
		<i>inyección de electrolitos múltiples tipo 1</i>	143

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>iodes</i>	207	<i>javygtor</i>	118
IPOL INACTIVADA IPV	139	JAYPIRCA.....	47
<i>ipratropium bromide</i>	157	<i>jencycla</i>	108
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	157	JENTADUETO	101
<i>irbesartan</i>	57	JENTADUETO XR.....	101
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	56	<i>jinteli</i>	115
<i>iron</i>	207	<i>j & j burn</i>	208
<i>iron 100 plus</i>	207	<i>johnsons skin nourish moisturizing</i>	208
<i>iron chews pediatric</i>	207	JOLESSA	108
<i>iron er</i>	207	<i>juleber</i>	108
<i>iron infant/toddler</i>	207	JULUCA	30
<i>iron polysaccharide complex</i>	207	<i>junel 1.5/30</i>	108
<i>iron slow release</i>	207	<i>junel 1/20</i>	109
<i>iron up</i>	207	<i>junel fe 1.5/30</i>	109
<i>iron/vitamin c</i>	207	<i>junel fe 1/20</i>	109
ISENTRESS.....	27	<i>junel fe 24</i>	109
ISENTRESS HD	27	<i>just right 5000</i>	172
<i>isibloom</i>	108	JYLAMVO	137
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5 %	142	JYNNEOS.....	140
ISOLYTE-S.....	142	K	
ISOLYTE-S PH 7.4.....	142	<i>kaitlib fe</i>	109
<i>isoniazid</i>	31	KALETRA.....	30
<i>isopropyl rubbing alcohol</i>	207	<i>kalliga</i>	109
<i>isosorbide dinitrate</i>	67	KALYDECO.....	160
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	66	<i>kaopectate</i>	208
<i>isosorbide mononitrate er</i>	67	<i>kaopectate extra strength</i>	208
<i>isotonic gentamicin</i>	22	<i>kariva</i>	109
<i>isotretinoin</i>	163	KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.9 %	143
<i>isradipine</i>	63	KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.45 %	143
<i>itch relief extra strength</i>	208	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.2 %	142
ITOVEBI.....	47	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.9 %	142
<i>itraconazole</i>	25	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.45 %	142
<i>ivabradine hydrochloride</i>	66	KCL 0.075 %/D5W/NACL 0.45 %	142
<i>ivermectin</i>	22, 208	KEIMPTA	95
IWILFIN	43	<i>kelnor 1/35</i>	109
IXIARO.....	140	<i>kendall gel skin scrub pack/large winged sponges</i>	208
J		<i>kendall vaginal prep pack kit</i>	208
<i>jabón líquido antibacterial</i>	176	<i>kendall wet skin scrub pack kit</i>	208
<i>jaimiess</i>	108	<i>keradan</i>	208
JAKAFI.....	47	<i>keralyt</i>	208
<i>jantoven</i>	132	<i>kera tek</i>	208
JANUMET.....	101	KERENDIA	55
JANUMET XR	101	<i>keri nourishing shea butter</i>	208
JANUVIA	101	<i>keri original daily moisture</i>	208
JARDIANCE	101	<i>ketoconazole</i>	25, 164, 165
<i>jasmiel</i>	108	<i>ketodan</i>	165

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>keto-diastrix tiras</i>	208	<i>lamotrigine kit inicial/kit anaranjado</i>	86
<i>ketone tiras</i>	208	<i>lamotrigine kit inicial/kit azul</i>	86
<i>ketorolac tromethamine</i>	16, 153	<i>lamotrigine kit inicial/kit verde</i>	86
<i>ketotifen fumarate</i>	208	<i>lamotrigine tabs. bucodispersables</i>	86
KINERET.....	135	<i>lanaphilic/urea</i>	209
KINRIX.....	140	<i>land before time multivitamin/iron</i>	209
<i>kionex</i>	104	<i>lansoprazole</i>	128
KISQALI.....	47	LANTUS.....	99
KISQALI FEMARA 400 DOSE.....	47	LANTUS SOLOSTAR.....	99
KISQALI FEMARA 600 DOSE.....	47	<i>lapatinib ditosylate</i>	48
<i>klayesta</i>	165	<i>larin 1.5/30</i>	109
<i>klor-con</i>	144	<i>larin 1/20</i>	109
<i>klor-con 8</i>	144	<i>larin 24 fe</i>	109
<i>klor-con 10</i>	144	<i>larin fe 1.5/30</i>	109
<i>klor-con/ef</i>	144	<i>larin fe 1/20</i>	109
<i>klor-con m10</i>	144	<i>latanoprost</i>	154
<i>klor-con m15</i>	144	LAZCLUZE.....	48
<i>klor-con m20</i>	144	<i>leader finger</i>	209
KLOXXADO.....	97	<i>lecithin</i>	209
KOMZIFTI.....	47	<i>leflunomide</i>	137
<i>konsyl</i>	208	<i>lenalidomide</i>	42
<i>konsyl daily fiber</i>	208	LENTOCILIN.....	38
<i>konsyl daily fiber polvo</i>	208	LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA.....	48
<i>konsyl-d polvo</i>	208	LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA.....	48
<i>konsyl polvo</i>	208	LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA.....	48
KOSELUGO.....	48	LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA.....	48
<i>kourzeq</i>	172	LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA.....	48
<i>kp mens daily pack</i>	208	LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA.....	48
<i>kp womens daily pack</i>	208	LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA.....	48
KRAZATI.....	48	LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA.....	48
<i>kristalose</i>	125	<i>lessina</i>	109
<i>kurvelo</i>	109	<i>letrozole</i>	41
L		<i>leucovorin calcium</i>	43
<i>labetalol hydrochloride</i>	61	LEUKERAN.....	40
<i>lac-hydrin five</i>	209	<i>leuprolide acetate</i>	41
<i>lacosamide</i>	85, 86	<i>levalbuterol</i>	159
<i>lactated ringers</i>	143	<i>levalbuterol hcl</i>	159
<i>lactinol hx</i>	209	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	159
<i>lactobacillus</i>	209	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA.....	159
<i>lactose monohydrate</i>	209	<i>levetiracetam</i>	86
<i>lactulose</i>	126	LEVETIRACETAM.....	86
<i>lágrimas artificiales</i>	177	<i>levetiracetam er</i>	86
<i>lamivudine</i>	27, 32	LEVETIRACETAM/SODIUM CHLORIDE.....	86
<i>lamivudine/zidovudine</i>	30	<i>levobunolol hcl</i>	155
<i>lamotrigine</i>	86	<i>levocarnitine</i>	118, 119
<i>lamotrigine er</i>	86	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	158
		<i>levofloxacin</i>	36, 152

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>levofloxacin in d5w</i>	36	<i>lithium</i>	94
<i>levonest</i>	109	<i>lithium carbonate</i>	94
<i>levonorgestrel</i>	209	<i>lithium carbonate er</i>	94
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	109	<i>little tummys laxative</i>	210
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	110	LIVTENCITY	32
<i>levora 0.15/30-28</i>	110	<i>l-lysine</i>	210
<i>levo-t</i>	120	<i>l-lysine hcl</i>	210
LEVOTHYROCINE.....	121	<i>l-methylfolate forte</i>	210
<i>levothyroxine sodium</i>	121	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	110
LEVOTHYROXINE SODIUM.....	121	<i>loestrin 1/20-21</i>	110
<i>levoxyl</i>	121	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	110
<i>l-glutamine</i>	133	<i>loestrin fe 1/20</i>	110
LIBERVANT.....	87	<i>lohist-dm jarabe</i>	210
<i>lice killing champú</i>	209	<i>lojaimiess</i>	110
<i>lice treatment</i>	209	LOKELMA.....	104
<i>lice treatment crema de enjuague</i>	209	<i>lomustine</i>	40
<i>lidocaine</i>	15, 169, 209	LONSURF	40
<i>lidocaine hcl</i>	58	<i>loperamide hydrochloride</i>	127, 210
LIDOCAINE HCL.....	58	<i>lopinavir/ritonavir</i>	30
LIDOCAINE HCL IN D5W	58	<i>loratadine</i>	210
<i>lidocaine hydrochloride</i>	209	<i>loratadine childrens</i>	210
<i>lidocaine hydrochloride al 2 %</i>	15	<i>loratadine-d 12hr</i>	210
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	172	<i>loratadine-d 24hr</i>	210
<i>lidocaine pain relief patch</i>	209	<i>lorazepam</i>	69
<i>lidocaine/prilocaine</i>	169	<i>lorazepam intensol</i>	69
<i>lidocaine topical anesthetic</i>	209	LORBRENA.....	48
<i>lidocaine viscous</i>	172	<i>lortuss ex</i>	210
<i>lidocan</i>	169	<i>loryna</i>	110
<i>life pack mens</i>	209	<i>losartan potassium</i>	57
<i>life pack womens</i>	209	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	56
LILETTA DISPOSITIVO INTRAUTERINO	110	LOTEMAX	153
<i>linezolid</i>	22	LOTEMAX SM	153
LINEZOLID	22	<i>loteprednol</i>	151
<i>lintera espuma de lavado</i>	209	<i>loteprednol etabonate</i>	153
LINZESS.....	127	<i>lovastatin</i>	59
<i>liomny</i>	121	<i>low-ogestrel</i>	110
<i>liothyronine sodium</i>	121	<i>loxapine</i>	79
<i>lipidshield</i>	209	<i>lo-zumandimine</i>	110
<i>lipotriad visionary</i>	209	<i>lubiprostona</i>	127
<i>lipotriad vision support</i>	209	<i>lubricant eye</i>	210
<i>lipotriad vision support plus</i>	209	<i>lubricant eye drops</i>	210
<i>liqsorb</i>	209	<i>lubricant eye drops/dual-action</i>	210
<i>liquid b12</i>	209	<i>lubricating skin</i>	210
<i>liquid calcium with d3 maximum strength</i>	210	<i>lubriderm</i>	210
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	91	<i>lubriderm advanced therapy</i>	210
<i>lisinopril</i>	55	<i>lubriderm daily moisture/normal to dry skin</i>	210
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>lubriderm intense skin repair</i>	210

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>lubrisoft</i>	210	<i>mederma ag corporal y de manos</i>	212
<i>luizza 1.5/30</i>	110	<i>mederma ag facial</i>	212
<i>luizza 1/20</i>	110	<i>mederma stretch marks therapy</i>	212
LUMAKRAS.....	48, 49	<i>medicated callus removers apósitos</i>	212
LUMIGAN.....	155	<i>medicated corn removers apósitos</i>	212
LUPRON DEPOT.....	41	<i>medicated wipes apósitos</i>	212
LUPRON DEPOT-PED.....	119	<i>medi-first antacid</i>	212
<i>lurasidone hydrochloride</i>	79, 80	<i>medi-paste pomada</i>	212
<i>luterá</i>	110	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	111, 120
<i>lyleq</i>	110	<i>mefloquine hydrochloride</i>	26
<i>lyllana</i>	116	<i>megestrol acetate</i>	41, 120
LYNPARZA.....	49	MEKINIST.....	49
<i>lysiplex plus</i>	211	MEKTOVI.....	49
LYSODREN.....	41	<i>melatonin</i>	212
LYTGOBI.....	49	<i>melatonin cr</i>	212
<i>lyza</i>	110	<i>melatonin extra strength</i>	212
M		<i>melatonin fast dissolve</i>	212
<i>mag-al plus</i>	211	<i>melatonin fast meltz</i>	212
<i>magdelay</i>	211	<i>melatonin gummies</i>	212
<i>magnesium</i>	143, 211	<i>melatonin maximum strength</i>	212
<i>magnesium citrate</i>	211	<i>melatonin prolonged release</i>	212
<i>magnesium elemental</i>	211	<i>melatonin quick dissolve</i>	212
<i>magnesium oxide</i>	211	<i>melatonin timed release</i>	213
MAGNESIUM SULFATE.....	143	<i>melatonin tr/vitamin b-6</i>	213
<i>mag-oxide</i>	211	<i>melatonin tr/vitamin b6</i>	213
<i>malathion</i>	171	<i>meleya</i>	111
<i>mapap</i>	211	<i>meloxicam</i>	17
<i>mapap cold formula multi-symptom</i>	211	<i>memantine hcl paq. de ajuste de la dosis</i>	70
<i>maraviroc</i>	27	<i>memantine hydrochloride</i>	70
<i>marlissa</i>	110	<i>memantine hydrochloride er</i>	70
MARPLAN.....	73	<i>memorall</i>	213
MATULANE.....	43	<i>memory complex brain health</i>	213
<i>matzim la</i>	63	MENQUADFI.....	140
MAVYRET.....	32	<i>mens daily pack</i>	213
<i>maximin pack</i>	211	<i>mens pack</i>	213
<i>maxi-tuss gmx</i>	211	<i>menthol and zinc oxide</i>	213
<i>maxi-tuss pe max</i>	211	<i>menthol cold/hot extra strength</i>	213
<i>maxorb extra ag+ pad</i>	211	MENVEO.....	140
<i>m-clear wc</i>	211	<i>mercaptopurine</i>	40
<i>meclizine</i>	122	<i>meropenem</i>	22
<i>meclizine hcl</i>	122, 211	<i>mesalamine</i>	125
<i>meclizine hydrochloride</i>	122, 211	<i>mesalamine dr</i>	125
<i>medcaps dpo</i>	211	<i>mesna</i>	43
<i>medcaps gi</i>	212	<i>metafolbic plus rf</i>	213
<i>medcaps is</i>	212	<i>metamucil 3-in-1 daily fiber</i>	213
<i>medcaps t3</i>	212	<i>metamucil 4-in-1 fiber</i>	213
		<i>metamucil 4 in 1 fiber polvo</i>	213

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>metamucil multihealth fiber singles</i>	213	<i>miconazole 7</i>	214
<i>metamucil wafer</i>	213	<i>miconazole nitrate</i>	214
<i>metformin hydrochloride</i>	101, 102	<i>microgestin 1.5/30</i>	111
<i>metformin hydrochloride er</i>	101	<i>microgestin 1/20</i>	111
<i>methadone hcl</i>	17	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	111
<i>methadone hydrochloride</i>	18	<i>microgestin fe 1/20</i>	111
<i>methazolamide</i>	65	<i>midodrine hydrochloride</i>	67
<i>methenamine hippurate</i>	22	MIEBO	155
<i>methenamine mandelate</i>	22	<i>mifepristone</i>	119
<i>methergine</i>	119	<i>miglitol</i>	102
<i>methimazole</i>	121	<i>migraine formula</i>	214
<i>methotrexate</i>	40	<i>mil adregen</i>	214
<i>methotrexate sodium</i>	40, 137	<i>mili</i>	111
<i>methoxsalen</i>	165	<i>milk of magnesia</i>	214
<i>methscopolamine bromide</i>	124	<i>mimvey</i>	116
<i>methsuximide</i>	87	<i>minerin</i>	214
<i>methylcobalamin</i>	213	<i>minerin crema</i>	214
<i>methylergonovine maleate</i>	119	<i>minocycline hcl</i>	39
<i>methyl-guard</i>	214	<i>minocycline hydrochloride</i>	39
<i>methyl-guard plus</i>	214	<i>minoxidil</i>	67
<i>methylphenidate</i>	91	<i>mintox plus</i>	214
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	92	<i>mirtazapine</i>	73
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	91, 92	<i>mirtazapine tabs. bucodispersables</i>	73
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER	92	<i>misoprostol</i>	127
<i>methylprednisolone</i>	117	<i>mm biotin/keratin</i>	214
<i>methylprednisolone acetate</i>	116	M-M-R II	140
<i>methylprednisolone paq. de dosis</i>	117	M-NATAL PLUS	144
<i>methylprednisolone sodium succinate</i>	117	<i>modafinil</i>	96
<i>methyl protect</i>	213	MODEYSO	43
<i>methyltestosterone</i>	97	<i>moexipril hydrochloride</i>	55
<i>metoclopramide hcl</i>	122	<i>moisturizing lubricant eye drops</i>	214
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	122	<i>molindone hydrochloride</i>	80
<i>metoclopramide tabs. bucodispersables</i>	123	<i>mometasone furoate</i>	161, 168
<i>metolazone</i>	65	<i>mondoxyne nl</i>	39
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	61	<i>monistat complete care chafing relief polvo</i>	214
<i>metoprolol succinate er</i>	61	<i>monistat paq. de 7 combinaciones</i>	214
<i>metoprolol tartrate</i>	61	<i>mono-linyah</i>	111
<i>metronidazole</i>	22, 170	<i>montelukast sodium</i>	159
<i>metronidazole vaginal</i>	130	<i>morphine</i>	19
<i>metyrosine</i>	66	<i>morphine sulfate</i>	19
<i>mg217 psoriasis multi-symptom</i>	214	MORPHINE SULFATE	19
<i>mg plus protein</i>	214	<i>morphine sulfate er</i>	18
<i>mibelas 24 fe</i>	111	MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE	18
<i>micafungin</i>	25	<i>motion sickness relief</i>	214
<i>miconazole 1 kit</i>	214	MOUNJARO	102
<i>miconazole 3</i>	130	MOVANTIK	127
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	214	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	37, 152

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	37	<i>mvw complete formulation pediatric</i>	218
MRESVIA.....	140	<i>mycamine</i>	25
<i>msm piel</i>	214	<i>mycophenolate mofetil</i>	138
<i>mucinex childrens</i>	215	<i>mycophenolic acid dr</i>	138
<i>mucinex cough & chest congestion</i>	215	<i>mygrex</i>	218
<i>mucinex cough for kids</i>	215	MYRBETRIQ.....	129
<i>mucinex fast-max cold/flu</i>	215	N	
<i>mucinex fast-max cold flu& sore throat maximum strength</i>	215	<i>nabumetone</i>	17
<i>mucinex fast-max congestion & headache maximum strength</i>	215	<i>nadolol</i>	61
<i>mucinex fast max severe congestion & cough</i>	215	<i>nafcellin sodium</i>	38
<i>mucinex fast-max severe congestion & cough</i>	215	<i>naloxone hcl</i>	97
<i>mucinex for kids</i>	215	<i>naloxone hydrochloride</i>	97
<i>mucinex multi-symptom cold night time childrens</i>	215	NAMZARIC	70
<i>mucinex sinus-max</i>	215	<i>naphcon-a</i>	218
<i>mucinex sinus-max night time congestion & cough</i>	215	<i>naproxen</i>	17
<i>mucinex sinus-max severe congestion and pain</i>	215	<i>naproxen dr</i>	17
<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain</i>	215	<i>naproxen sodium</i>	17, 218
<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain maximum strength</i>	215	<i>naratriptan</i>	93
<i>mucus congestion & cough relief childrens</i>	215	<i>nasadrops saline on the go</i>	219
<i>mucus dm</i>	215	<i>nasal mist</i>	219
<i>mucus relief cold flu & sore throat</i>	216	NATACYN.....	152
<i>mucus relief cold/flu/sore throat</i>	216	<i>nateglinide</i>	102
MULTAQ	58	<i>natural fiber</i>	219
<i>multi antibiotic plus</i>	216	<i>natural fiber laxative polvo</i>	219
<i>multi complete</i>	216	<i>natural oatmeal</i>	219
<i>multi for her</i>	216	<i>natural psyllium seed indian husks polvo</i>	219
<i>multi for him</i>	216	NAYZILAM.....	87
<i>multi-vitamin</i>	217	<i>nebivolol hydrochloride</i>	61
<i>multivitamin</i>	217	<i>necon 0.5/35-28</i>	111
<i>multivitamin childrens</i>	216	<i>nefazodone hydrochloride</i>	73
<i>multi vitamin/fluoride</i>	144	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	152
<i>multivitamin/fluoride</i>	145	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	151
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	145	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	151
<i>multi-vitamin gummies</i>	217	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	152
<i>multivitamin gummies childrens</i>	217	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	156
<i>multivitamin plus iron childrens</i>	217	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	151, 156
<i>multi-vitamins/iron</i>	218	<i>neomycin sulfate</i>	22
<i>multivitamin w/iron/infant/toddler</i>	217	NEONATAL PLUS.....	145
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	216	<i>neo-polycin</i>	152
<i>mupirocin</i>	164	<i>neo-polycin hc</i>	151
<i>muro 128</i>	218	<i>neoq10</i>	219
<i>muscle & joint</i>	218	<i>neotuss</i>	219
<i>musinex fast-max night time cold & flue</i>	215	<i>neotuss-d</i>	219
<i>mv-one</i>	218	<i>nephro vitamins</i>	219
		<i>nephro-vite</i>	219
		NERLYNX.....	49

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
NEUDEXTA	94	<i>nivea original moisture</i>	220
<i>neutrogena loción hidratante para pieles sensibles</i> ...	219	<i>nivea shea nourish</i>	220
<i>neutrogena para manos</i>	219	<i>nivea visage</i>	220
<i>nevirapine</i>	28	<i>nivea visage inner beauty nighttime renewal</i>	220
<i>nevirapine er</i>	28	<i>nix complete lice treatment kit</i>	220
NEXLETOL.....	60	<i>nizatidine</i>	124
NEXLIZET	60	<i>noble formula</i>	220
NEXPLANON.....	111	NORA-BE.....	111
<i>niacin</i>	60, 219	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	111
<i>niacinamide</i>	219	<i>norethindrone</i>	112
<i>niacinamide prolonged release</i>	219	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	111, 116
<i>niacin er</i>	60	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous</i> <i>fumarate</i>	111
<i>niacin sr</i>	219	<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous</i>	111
<i>niacin timed release</i>	219	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	112
<i>niacin tr</i>	219	NORITATE	170
<i>niacro</i>	60	<i>norlyroc</i>	112
<i>nicardipine hcl</i>	63	<i>normlshield</i>	220
<i>nicotine</i>	219	NORPACE CR.....	58
<i>nicotine polacrilex</i>	219	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	112
<i>nicotine transdermal system kit</i>	219	<i>nortrel 1/35</i>	112
<i>nicotine transdermal system patch</i>	219	<i>nortrel 7/7/7</i>	112
NICOTROL NS	97	<i>nortriptyline hcl</i>	73
<i>nifedipine er</i>	63	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	73
<i>nighttime cough</i>	220	NORVIR.....	28
<i>nikki</i>	111	<i>novaferrum 50</i>	220
<i>nilotinib</i>	49	<i>novaferrum pediatric drops</i>	220
NILOTINIB	49	<i>nova max plus ketone tiras reactivas</i>	220
<i>nilutamide</i>	42	NOVOLIN 70/30	99
NINLARO.....	49	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	99
<i>niseko hydrating facial moisturizer</i>	220	NOVOLIN N	99
<i>nisoldipine er</i>	63	NOVOLIN N FLEXPEN	99
<i>nitazoxanide</i>	22	NOVOLIN R.....	99
<i>nitisinona</i>	119	NOVOLIN R FLEXPEN	99
NITRO-BID	67	NOVOLOG.....	100
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	22, 23	NOVOLOG FLEXPEN	99
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	23	NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	99
<i>nitroglycerin</i>	67, 170	NOVOLOG MIX 70/30.....	100
NITROGLYCERIN	67	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	99
<i>nitroglycerin parche transdérmico</i>	67	NOVOLOG PENFILL.....	100
<i>nitroglycerin translingual</i>	67	NOVOLOG RELION	100
<i>nivanex dmx</i>	220	<i>nozin nasal desinfectante</i>	220
NIVA-PLUS.....	145	<i>nozin nasal kit desinfectante</i>	220
<i>nivea</i>	220	NUBEQA.....	42
<i>nivea essentially enriched</i>	220	NULOJIX.....	138
<i>nivea extra enriched</i>	220	NUPLAZID.....	80
<i>nivea in-shower</i>	220	NURTEC.....	93
<i>nivea intense healing</i>	220		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>nutraderm</i>	220	ONUREG.....	40
<i>nutraderm advanced formula</i>	220	<i>opcon-a</i>	221
<i>nutra-z+</i>	220	OPIPZA.....	80
NUTRILIPID.....	149	OPSUMIT.....	68
NUZYRA.....	39	<i>optimal d3 m</i>	221
<i>nyamyc</i>	165	<i>optimal d3 paq.</i>	221
<i>nylia 1/35</i>	112	<i>options gynol ii vaginal contraceptive</i>	221
<i>nylia 7/7/7</i>	112	<i>oral electrolyte solutionfreezer pops pediatric</i>	221
<i>nystatin</i>	25, 165, 172	<i>oral mix flavored suspending vehicle suspensión</i>	221
<i>nystop</i>	165	<i>oralone pasta dental</i>	172
O		<i>oral syrup flavored vehicle jarabe</i>	221
OCTAGAM.....	137	<i>orazinc</i>	221
<i>octreotide acetate</i>	119	ORGOVYX.....	42
ODEFSEY.....	30	ORKAMBI.....	160
ODMZO.....	49	<i>orlistat</i>	221
<i>odorless coated fish oil/omega-3</i>	220	<i>orquidea</i>	112
<i>odorless garlic</i>	220	ORSERDU.....	42
OFEV.....	160	<i>orsythia</i>	112
<i>off deep woods</i>	220	<i>orthogel</i>	221
<i>ofloxacin</i>	152, 156	<i>os-cal calcium + d3</i>	221
OGSIVEO.....	49	<i>os-cal extra d3</i>	221
OJEMDA.....	50	<i>oseltamivir phosphate</i>	32
OJJAARA.....	50	OSPOMYV.....	103
<i>okeeffes working para manos</i>	220	<i>oxacillin sodium</i>	38
<i>olanzapine</i>	80	<i>oxaprozin</i>	17
<i>olanzapine tabs. bucodispersables</i>	80	<i>oxazepam</i>	69
<i>olive oil</i>	220	<i>oxcarbazepine</i>	87
<i>olmesartan medoxomil</i>	57	<i>oxybutynin chloride</i>	130
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i> 56		<i>oxybutynin chloride er</i>	129, 130
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	56	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	20
<i>olopatadine hcl</i>	158	<i>oxycodone hcl</i>	19
<i>olopatadine hydrochloride</i>	221	<i>oxycodone hydrochloride</i>	19, 20
<i>omega-3</i>	221	<i>oyster shell calcium/d</i>	222
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	60	<i>oyster shell calcium/vitamin d3</i>	222
<i>omega-3 fish oil</i>	221	OZEMPIC.....	102
<i>omega-3 fish oil extra strength</i>	221	P	
<i>omega-3 fish oil maximum strength</i>	221	<i>pacerone</i>	58
<i>omegapure 780 ec</i>	221	<i>pain reliever extra strength</i>	222
<i>omeprazole</i>	128, 221	<i>pain relieving</i>	222
<i>omeprazole dr</i>	128, 221	<i>paladin</i>	222
<i>omeprazole magnesium</i>	221	<i>paliperidone er</i>	80
ONCASPAR.....	43	<i>palmers cocoa butter formula</i>	222
<i>ondansetron hcl</i>	123	<i>palmers cocoa butter formula intensive relief manos</i>	222
<i>ondansetron hydrochloride</i>	123	<i>palmers cocoa butter formula masajes/antiestrías</i>	222
<i>ondansetron tabs. bucodispersables</i>	123	<i>palmers cocoa butter formula night moisture rich</i>	222
<i>onelax fiber therapy polvo</i>	221	<i>palmers cocoa butter formula/vitamin e</i>	222

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>palmers coconut oil formula manos</i>	222	<i>petroleum jelly tratamiento labial pomada</i>	222
<i>palmers coconut oil formula/vitamin e</i>	222	<i>pharmabase barrier</i>	222
<i>pamidronate disodium</i>	103	<i>phenaseptic</i>	222
PAMIDRONATE DISODIUM	103	<i>phenazopyridine hydrochloride</i>	222
PANRETIN	170	<i>phendimetrazine tartrate</i>	223
<i>pantoprazole sodium</i>	128	<i>phendimetrazine tartrate er</i>	223
<i>paricalcitol</i>	122	<i>phenelzine sulfate</i>	73
<i>paroxetine hcl</i>	73	<i>phenobarbital</i>	87
<i>paroxetine hcl er</i>	73	<i>phenobarbital sodium</i>	87
<i>paroxetine hydrochloride</i>	73	<i>phentermine hydrochloride</i>	223
<i>pataday extra strength</i>	222	<i>phenylephrine hydrochloride</i>	223
PAXLOVID	32	<i>phenytek</i>	87
PAZOPANIB.....	50	<i>phenytoin</i>	87
<i>pazopanib hydrochloride</i>	50	<i>phenytoin sodium</i>	87
<i>peggen dmx</i>	222	<i>phenytoin sodium extended</i>	87
<i>pedia-lax</i>	222	<i>philith</i>	112
PEDIARIX.....	140	PHOSPHOLINE IODIDE	155
<i>pediatric enema</i>	222	PIFELTRO	28
PEDVAX HIB.....	140	<i>pilocarpine hcl</i>	155
<i>peg-3350/electrolytes</i>	126	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	155, 172
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	126	<i>pimecrolimus</i>	170
PEGASYS.....	32	<i>pimozide</i>	80
PEMAZYRE.....	50	<i>pimtrea</i>	112
PENBRAYA.....	140	<i>pindolol</i>	62
<i>penicillamine</i>	104	<i>pink bismuth</i>	223
<i>penicillin g potassium</i>	38	<i>pink bismuth maximum strength</i>	223
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC		<i>pinxav</i>	223
DEXTROSE	38	<i>pioglitazone hcl</i>	102
<i>penicillin g sodium</i>	38	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	102
<i>penicillin v potassium</i>	38	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	102
<i>pen-kerá</i>	222	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	102
PENMENVY	140	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	38
PENTACEL.....	140	PIQRAY 200 MG DOSIS DIARIA	50
<i>pentamidine isethionate</i>	23	PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA	50
<i>pentoxifylline er</i>	133	PIQRAY 300 MG.....	50
<i>pentravan</i>	222	<i>pirfenidone</i>	160
<i>pentravan plus</i>	222	<i>piroxicam</i>	17
<i>perampanel</i>	87	<i>plenamine</i>	150
<i>percogesic extra strength</i>	222	PLENVU.....	126
<i>perindopril erbumine</i>	55	PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN.....	145
<i>periogard</i>	172	<i>podofilox</i>	170
<i>perlas de aceite de pescado</i>	200	<i>polycin pomada</i>	152
<i>permethrin</i>	171	<i>polyethylene glycol 3350</i>	223
<i>perphenazine</i>	80	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	152
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	73	<i>poly-vent ir</i>	223
<i>petrolatum pomada</i>	222	<i>polyvinyl alcohol</i>	223
<i>petroleum jelly gel</i>	222	<i>poly-vi-sol</i>	223

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>poly-vi-sol/iron</i>	223	<i>pres gen pediatric</i>	224
<i>poly-vite/iron</i>	223	PRETOMANID.....	31
<i>pomalidomide</i>	42	<i>pretty feet & hands</i>	224
POMALYST.....	42	<i>prevalite</i>	60
<i>portia-28</i>	112	PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT.....	172
<i>posaconazole</i>	25	PREVYMIS.....	32
<i>posaconazole dr</i>	25	PREZCOBIX.....	30
<i>potassium</i>	143	PREZISTA.....	28
<i>potassium chloride</i>	143, 145	PRIFTIN.....	31
POTASSIUM CHLORIDE.....	143	<i>primadophilus bifidus</i>	224
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE.....	143	<i>primaquine phosphate</i>	26
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE.....	143	<i>primidone</i>	88
<i>potassium chloride er</i>	145	PRIORIX.....	140
<i>potassium citrate er</i>	129	PRIVIGEN.....	137
<i>povidone-iodine</i>	223	<i>probenecid</i>	15
<i>povidone-iodine prep pad apósitos</i>	223	<i>probenecid/colchicine</i>	15
<i>povidone-iodine scrub small winged sponge</i>	223	<i>probiotic chewable childrens</i>	224
<i>povidone/iodine swabsticks</i>	223	<i>probiotic formula</i>	224
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	76	<i>prochlorperazine</i>	123
<i>pramoxine hcl</i>	223	<i>prochlorperazine edisylate</i>	123
<i>pramoxine hydrochloride</i>	223	<i>prochlorperazine maleate</i>	123
<i>prasugrel hydrochloride</i>	134	PROCRT.....	132
<i>pravastatin sodium</i>	59	<i>proctocort</i>	170
<i>praziquantel</i>	23	<i>procto-med hc</i>	170
<i>prazosin hydrochloride</i>	55	<i>proctosol hc</i>	170
<i>precision xtra tira</i>	223	<i>proctozone-hc</i>	170, 224
<i>prednisolone</i>	117	<i>profe</i>	224
<i>prednisolone acetate</i>	154	<i>progesterone</i>	120
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	117	PROGRAF.....	138
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	154	PROLASTIN-C.....	160
<i>prednisone</i>	117	<i>promethazine hcl</i>	123
PREDNISON INTENSOL.....	117	<i>promethazine hydrochloride</i>	123
<i>prednisone tableta paq. de tratamiento</i>	117	<i>promethegan</i>	123
<i>pregabalin</i>	87, 88	<i>propafenone hcl</i>	58
PREGABALIN.....	87	<i>propafenone hydrochloride</i>	58
<i>pregabalin er</i>	94	<i>propafenone hydrochloride er</i>	58
PREMARIN.....	116	<i>propracaine hcl</i>	155
PREMASOL.....	150	<i>propranolol hcl</i>	62
<i>pre-moistened witch hazel apósitos</i>	224	<i>propranolol hydrochloride</i>	62
PREMPRO.....	116	<i>propranolol hydrochloride er</i>	62
<i>prenatabs fa</i>	224	<i>propylthiouracil</i>	121
<i>prenatabs rx</i>	224	PROQUAD.....	140
<i>prenatal</i>	224	<i>prosol</i>	150
PRENATAL.....	146	<i>protector hidratante de la piel/una vez al día</i>	214
<i>prenatal 19</i>	224	<i>protriptyline hcl</i>	73
PRENATAL PLUS VITAMINA Y MINERALES.....	146	<i>proxeed plus</i>	224
		<i>pseudoephedrine hydrochloride</i>	225

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>pseudoephedrine hydrochloride er maximum strength</i>	225	<i>raspberry syrup</i>	225
<i>pseudoephedrine hydrochloride/guaifenesin</i>	225	<i>ra vitamin b-12</i>	225
<i>psoriasisin</i>	225	<i>reclipsen</i>	112
<i>psyllium fiber</i>	225	RECOMBIVAX HB	140
PULMOZYME	160	<i>recuperación de la hidratación</i>	214
<i>pure comfort 3-ball breath exerciser device</i>	225	<i>redness reliever eye drops</i>	225
PURIXAN	40	<i>refresh</i>	226
PYCHIVA	135	<i>refresh celluvisc</i>	226
<i>pyrazinamide</i>	31	<i>refresh digital</i>	226
<i>pyridostigmine bromide</i>	95	<i>refreshing aloe</i>	226
<i>pyridostigmine bromide er</i>	94	<i>refresh liquigel</i>	226
<i>pyrimethamine</i>	23	<i>refresh optive</i>	226
PYZCHIVA	135	<i>refresh optive advanced</i>	226
		<i>refresh optive advanced sensitive</i>	226
Q		<i>refresh optive preservative free</i>	226
<i>qc athletes foot relief</i>	225	<i>refresh plus</i>	226
<i>qc gas relief</i>	225	<i>refresh relieva pf</i>	226
QINLOCK	50	<i>refresh tears</i>	226
QUADRACEL	140	RELENZA DISKHALER	33
<i>quetiapine fumarate</i>	80, 81	<i>remedy calazime</i>	226
<i>quetiapine fumarate er</i>	80	<i>remedy cleansing body</i>	226
<i>quinapril hydrochloride</i>	55	<i>remedy skin repair</i>	226
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>renal vitamin</i>	226
<i>quinidine sulfate</i>	58	<i>rena-vite</i>	226
<i>quinine sulfate</i>	26	<i>rena-vite rx</i>	226
QULIPTA	93	<i>repaglinide</i>	102
		REPATHA PUSHTRONEX	60
R		REPATHA SURECLICK	60
RABAVERT	140	REPATHAT	60
<i>rabeprazole sodium</i>	128	<i>repel sportsmen max</i>	226
<i>ra biotin</i>	225	<i>replesta nx wafer</i>	226
<i>ra daylogic healing dry skin therapy</i>	225	<i>replesta wafer</i>	226
<i>radiaguard advanced</i>	225	<i>resta</i>	226
<i>ra ear care</i>	225	<i>resta lite</i>	226
<i>ra essence-c</i>	225	RESTASIS	156
<i>ra garlic</i>	225	RESTASIS MULTIDOSE	156
<i>ra glucosamine/chondroitin</i>	225	<i>restore cleanser & moisturizer</i>	226
<i>ra glycerin adult supositorio</i>	225	<i>restore dimethicreme</i>	226
RALDESY	74	<i>retaine vision</i>	226
<i>raloxifene hydrochloride</i>	119	RETEVMO	50
<i>ra melatonin</i>	225	REVCovi	119
<i>ramipril</i>	55	REVUFORJ	50
<i>ranitidine hcl</i>	225	REXTOVY	97
<i>ranolazine er</i>	67	REXULTI	81
<i>ra oyster shell calcium/vitamin d</i>	225	REYATAZ	28
<i>rapid b-12 energy</i>	225	REZDIFFRA	119
<i>rasagiline mesylate</i>	76	REZLIDHIA	50

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
REZUROCK.....	138	ROZYLTREK.....	51
<i>rhinaris</i>	226	RUBRACA.....	51
RHOPRESSA.....	155	<i>rufinamide</i>	88
<i>riax espuma</i>	226	<i>ru-hist</i>	227
<i>ribavirin</i>	33	RUKOBIA.....	28
<i>ricola pastilla</i>	226	RYBELSUS.....	102
<i>rifabutin</i>	31	RYDAPT.....	51
<i>rifampin</i>	31	<i>rydex</i>	227
<i>rilpivirine</i>	28	<i>rynex dm</i>	227
<i>riluzole</i>	95	S	
<i>rimantadine</i>	33	<i>saccharomyces boulardii</i>	227
RINGERS INYECCIÓN.....	143	<i>sacubitril/valsartan</i>	56
RINVOQ.....	135	<i>sajazir</i>	133
RINVOQ LQ.....	135	<i>salicylic acid</i>	227
<i>risabal-ph</i>	227	<i>saline aerosol nasal infants/childrens</i>	227
<i>risacal-d</i>	227	<i>saline gel nasal</i>	227
<i>risedronate sodium</i>	104	<i>salonpas pain relieving jet spray</i>	227
<i>risedronate sodium dr</i>	103	SANTYL.....	171
<i>risperidone</i>	81	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	119
<i>risperidone er</i>	81	<i>sawyer insect repellent controlled release</i>	227
<i>risperidone tabs. bucodispersables</i>	81	<i>sb natural fiber laxative polvo</i>	227
<i>ritonavir</i>	28	<i>scalpicin</i>	227
<i>rivaroxaban</i>	132	SCEMBLIX.....	51
<i>rivastigmine tartrate</i>	70	<i>scopolamine parche</i>	123
<i>rivastigmine transdermal</i>	70	<i>scot-tussin diabetes</i>	227
<i>rizatriptan benzoate</i>	93	<i>scytera</i>	227
<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i>	93	<i>sebex champú</i>	227
<i>robitussin childrens cough & cold cf</i>	227	SECUADO.....	81
<i>robitussin cough+chest congestion dm</i>	227	<i>secura dimethicone protectora</i>	228
<i>robitussin cough & chest congestion dm adult</i>	227	<i>selegiline hcl</i>	76
<i>robitussin severe multi-symptom cough/cold + flu</i>	227	<i>selenium sulfide</i>	165
<i>robitussin severe multi-symptom cough/cold + flu</i> <i>nighttime</i>	227	<i>selenium sulfide champú</i>	228
ROCKLATAN.....	155	SELZENTRY.....	28
<i>roflumilast</i>	160	<i>senna</i>	228
<i>romidepsin</i>	50	<i>senna plus</i>	228
<i>rompe pecho max multi symptoms</i>	227	<i>senna s</i>	228
ROMVIMZA.....	51	<i>senna smooth</i>	228
<i>ropinirole er</i>	76	<i>senokot extra strength</i>	228
<i>ropinirole hcl</i>	76	<i>sensi-care corporal</i>	228
<i>ropinirole hydrochloride</i>	76	<i>sensi-care hidratante</i>	228
<i>rosuvastatin calcium</i>	59	<i>sentia</i>	228
<i>rosyrah</i>	112	SEREVENT DISKUS.....	159
ROTARIX.....	140	<i>sertraline hcl</i>	74
ROTATEQ.....	141	<i>sertraline hydrochloride</i>	74
<i>roweepra</i>	88	<i>sesame oil</i>	228
ROZLYTREK.....	51	<i>setlakin</i>	112

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>severe allergy</i>	228	<i>sodium fluoride 5000 ppm sequedad bucal</i>	172
<i>sf 172</i>		SODIUM FLUORIDE/POTASSIUM NITRATE/ SENSITIVE	172
<i>sharobel</i>	112	SODIUM OXYBATE	96
SHINGRIX	141	<i>sodium phenylbutyrate</i>	119, 120
<i>shur-seal</i>	228	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	104, 105
SIGNIFOR	119	SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/ MAGNESIUM SULFATE	126
SIKLOS	133	<i>solifenacin succinate</i>	130
<i>sildenafil</i>	68	SOLIQUA 100/33	100
<i>sildenafil citrate</i>	68	SOLTAMOX	42
<i>silodosin</i>	129	<i>soluble fiber polvo</i>	229
<i>silver sulfadiazine</i>	164	<i>solución con electrolitos</i>	194
SIMBRINZA	155	SOLU-CORTEF	117
<i>simethicone</i>	228	<i>soluvita</i>	229
<i>simliya</i>	113	SOMATULINE DEPOT	120
<i>simpesse</i>	113	SOMAVERT	120
<i>simple jarabe</i>	228	<i>sombra cool therapy</i>	229
<i>simvastatin</i>	59	<i>soothe</i>	229
<i>sirolimus</i>	138	<i>soothe & cool inzo barrier</i>	229
SIRTURO	31	<i>sorafenib tosylate</i>	51
SIVEXTRO	23	<i>sorbiton hydrate</i>	229
<i>skin repair</i>	228	<i>sorbitol</i>	229
SKYRIZI	135	<i>sore throat & cough pastillas</i>	229
SKYRIZI PEN	135	<i>sore throat pastillas</i>	229
<i>sleep aid</i>	228	<i>sotalol hcl</i>	58
<i>sleep-aid</i>	228	<i>sotalol hydrochloride</i>	58
<i>slow iron</i>	228	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	58
<i>slow-mag</i>	229	SOTYKTU	135
<i>slow magnesium chloride/calcium</i>	228	<i>special care</i>	229
<i>sm coral calcium</i>	229	SPIRIVA RESPIMAT	157
<i>sm cough & sore throat daytime pain reliever</i>	229	<i>spironolactone</i>	55
<i>sm dry skin therapy</i>	229	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	65
<i>sm fish oil</i>	229	<i>sprintec 28</i>	113
<i>sm foaming antacid</i>	229	SPRITAM	88
<i>sm garlic</i>	229	<i>sps combinación</i>	105
<i>sm medicated chest rub</i>	229	<i>sronyx</i>	113
<i>sm muscle rub</i>	229	SSD	164
<i>sm slow release iron</i>	229	STELARA	135
<i>sm vitamin d3 maximum strength</i>	229	<i>sterile lubricant drops</i>	229
<i>sodium bicarbonate</i>	143, 229	<i>stevia</i>	229
SODIUM BICARBONATE	143	STIVARGA	51
<i>sodium chloride</i>	144, 229	<i>stool softener</i>	229
SODIUM CHLORIDE	144	<i>stool softener plus laxative</i>	229
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	171	<i>stopain</i>	230
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	144	<i>stop lice</i>	230
<i>sodium fluoride</i>	146	<i>stop lice complete lice treatment</i>	230
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	172		
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM SENSITIVE	172		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>stop lice maximum strength</i>	230	SYMTUZA	30
<i>streptomycin sulfate</i>	23	SYNAREL	120
<i>stress b-complex/vitamin c/zinc</i>	230	<i>synertropin</i>	230
STRIBILD.....	30	SYNTHROID	121
<i>studio 35 extra moisturizing</i>	230	<i>syrspend sf</i>	230
<i>studio 35 moisturizing skin</i>	230	<i>systane balance restorative formula</i>	230
<i>subvenite</i>	88	<i>systane complete</i>	230
SUBVENITE	88	<i>systane gel</i>	231
<i>subvenite kit inicial/kit anaranjado</i>	88	<i>systane hydration pf</i>	231
<i>subvenite kit inicial/kit azul</i>	88	<i>systane preservative free</i>	231
<i>subvenite kit inicial/kit verde</i>	88	<i>systane ultra</i>	231
<i>sucralfate</i>	127	<i>systane ultra preservative free</i>	231
<i>sudafed childrens</i>	230	T	
<i>sudafed pe head congestion + flu severe</i>	230	TABLOID	40
<i>sudafed pe head congestion + mucus</i>	230	TABRECTA	51
<i>sudafed pe sinus pressure+ pain maximum strength</i> ..	230	<i>tacrolimus</i>	139, 170
<i>sudafed sinus congestion 24 hour</i>	230	<i>tadalafil</i>	68, 129
<i>sulfacetamide sodium</i>	152, 163	TAFINLAR.....	51
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i> 151		TAGRISO	51
<i>sulfadiazine</i>	23	TALZENNA.....	51
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	23	<i>tamoxifen citrate</i>	42
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	23	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	129
SULFAMYLON	164	<i>tarina 24 fe</i>	113
<i>sulfasalazine</i>	125	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	113
<i>sulindac</i>	17	<i>tasimelteon</i>	92
<i>sumatriptan</i>	93	TAVNEOS.....	133
<i>sumatriptan succinate</i>	93	<i>tazarotene</i>	165, 166
<i>sumatriptan succinate resurtido</i>	93	<i>tazicef</i>	35
<i>summers eve medicated</i>	230	TAZVERIK.....	52
<i>sunitinib</i>	51	TECVAYLI	52
SUNLENCA	28	TEFLARO.....	35
SUNLENCA PAQUETE DE TRATAMIENTO		<i>tegaderm alginate ag dressing apósito</i>	231
TABLETA.....	28	<i>telmisartan</i>	57
<i>super daily d3</i>	230	<i>telmisartan/amlodipine</i>	56
SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL ...	126	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	57
<i>supress dm pediatric</i>	230	<i>temazepam</i>	92
<i>supress-dx pediatric</i>	230	TENIVAC	141
<i>supress-pe pediatric</i>	230	<i>tenofir disoprixil fumarate</i>	28
<i>suspensión oral</i>	221	<i>tension headache</i>	231
SUTAB.....	126	TEPMETKO	52
<i>sween 24 corporal hidratante una vez al día</i>	230	<i>terazosin</i>	55
<i>sween crema hidratante</i>	230	<i>terazosin hydrochloride</i>	55
<i>swimmers ear drops</i>	230	<i>terbinafine hcl</i>	25
<i>syeda</i>	113	<i>terbinafine hydrochloride</i>	231
SYMLINPEN 60.....	102	<i>terbutaline sulfate</i>	159
SYMLINPEN 120.....	102	<i>terconazole</i>	130
SYMPAZAN	88, 89		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>teriflunomide</i>	95	<i>tm-tolnaftate</i>	232
<i>teriparatide</i>	104	TOBI PODHALER	23
<i>testosterone</i>	98	TOBRADEX	151
<i>testosterone cypionate</i>	97	TOBRADEX ST	151
<i>testosterone enanthate</i>	98	<i>tobramycin</i>	24, 152
<i>testosterone pump</i>	98	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	151
<i>tetrabenazine</i>	95	<i>tobramycin sulfate</i>	23, 24
<i>tetracycline hydrochloride</i>	39	<i>today sponge</i>	232
<i>tgt hemorrhoidal suppositories</i>	231	<i>tolnaftate</i>	232
THALOMID	42	<i>tolterodine tartrate</i>	130
<i>theophylline</i>	160, 161	<i>tolterodine tartrate er</i>	130
<i>theophylline er</i>	160, 161	<i>tolvaptan</i>	120
<i>theracran hp</i>	231	<i>topiramate</i>	89
<i>theracran hp for kids</i>	231	<i>topiramate er</i>	89
<i>thera-d 4000</i>	231	<i>toremifene citrate</i>	42
<i>thera-derm</i>	231	<i>torpenz</i>	52
<i>theraftu expressmax severe cold & cough/daytime</i>	231	<i>torse mide</i>	65
<i>theraftu expressmax severe cold & flu</i>	231	TOUJEO MAX SOLOSTAR	100
<i>theraftu severe cold & cough daytime</i>	231	TOUJEO SOLOSTART	100
<i>theraftu severe cold daytime</i>	231	TPN ELECTROLYTES	144
<i>thera-gesic plus</i>	231	TRADJENTA	102
<i>theranatal lactation complete</i>	232	<i>tramadol</i>	18
<i>therapeutic champú</i>	232	<i>tramadol hydrochloride</i>	20
<i>therapeutic dandruff champú</i>	232	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	20
<i>therapeutic hidratante</i>	232	<i>tramadol hydrochloride er</i>	18
<i>theraseal hand protection</i>	232	<i>trandolapril</i>	55
<i>theratears</i>	232	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	54
<i>the very finest fish oil</i>	231	<i>tranexamic acid</i>	133
<i>the very finest fish oil for kids</i>	231	<i>tranexamic acid/sodium chloride</i>	133
<i>thioridazine hydrochloride</i>	81	<i>tranylcypromine sulfate</i>	74
<i>thiothixene</i>	82	TRAVASOL	150
<i>tiadylt er</i>	63	<i>travoprost</i>	155
<i>tiagabine hydrochloride</i>	89	<i>trazodone hydrochloride</i>	74
TIBSOSVO	52	TRECTOR	31
<i>ticagrelor</i>	134	TRELEGY ELLIPTA	157
TICOVAC	141	TREMFYA	136
<i>tigecycline</i>	39	TREMFYA PAQ. DE INDUCCIÓN PARA ENFERMEDAD DE CROHN/COLITIS ULCEROSA	136
<i>tiger balm liniment</i>	232	<i>tretinoin</i>	43, 163
<i>tilia fe</i>	113	<i>triamcinolone acetoneide</i>	117, 168, 232
<i>timolol maleate</i>	62, 155	<i>triamcinolone acetoneide pasta dental</i>	172
<i>tinidazole</i>	23	<i>triaminic fever reducer pain reliever infants</i>	232
<i>tioconazole 1</i>	232	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	65
<i>titralac</i>	232	<i>triazolam</i>	92
TIVICAY	29	<i>tri-buffered aspirin</i>	232
TIVICAY PD	28	<i>tridacaine</i>	169
<i>tizanidine hcl</i>	96		
<i>tizanidine hydrochloride</i>	96		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>tridacaine ii</i>	169	<i>trustex/ria non-lubricated</i>	233
<i>trientine hydrochloride</i>	105	TRUXIMA.....	52
<i>tri-estarylla</i>	113	TUKYSA.....	52
<i>trifluoperazine hcl</i>	82	<i>tums</i>	233
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	82	<i>tums chewy delights ultra strength</i>	233
<i>trifluridine</i>	153	<i>tums extra strength 750</i>	233
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	76	<i>tums ultra 1000</i>	233
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	76	TURALIO.....	52
TRIJARDY XR.....	102, 103	<i>turqoz</i>	114
TRIKAFTA TABLETA PAQUETE DE TRATAMIENTO.....	161	<i>tusicof</i>	233
TRIKAFTA THERAPY PACK.....	161	<i>tusnel c</i>	233
<i>tri-legest fe</i>	113	<i>tusnel dm</i>	233
<i>tri-linyah</i>	113	<i>tusnel pediatric</i>	233
<i>tri-lo-estarylla</i>	113	<i>tussin</i>	233
<i>tri-lo-marzia</i>	113	<i>tussin cf cough & cold</i>	233
<i>tri-lo-mili</i>	113	<i>tussin cf severe multi-symptom cough cold + flu adult</i>	233
<i>tri-lo-sprintec</i>	113	<i>tussin cough</i>	233
<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	124	<i>tussi-pres pe pediatric</i>	233
<i>trimethoprim</i>	24	<i>tusslin pediatric</i>	233
<i>tri-mili</i>	113	TWINRIX.....	141
<i>trimipramine maleate</i>	74	TYBOST.....	29
TRINTELLIX.....	74	<i>tydemy</i>	114
<i>triple antibiotic</i>	232	TYENNE.....	136
<i>triple antibiotic with pain relief maximum strength</i>	232	<i>tylenol cold/cough/sore throat childrens</i>	233
<i>triple omega-3-6-9</i>	232	TYPHIM VI.....	141
<i>triple paste</i>	232	TYVASO.....	68
<i>triprolidine hci</i>	232	TYZAVAN.....	24
<i>triprolidine hydrochloride</i>	232	U	
<i>trispes dmx</i>	232	UBRELVY.....	94
<i>tri-sprintec</i>	113	<i>udderly smooth</i>	233
TRIUMEQ.....	30	<i>udderly smooth extra care</i>	233
TRIUMEQ PD.....	30	<i>udderly smooth extra care20</i>	233
<i>tri-vi-sol a/c/d</i>	232	<i>ulcerease</i>	233, 234
<i>tri-vite/fluoride</i>	146	<i>ultimate fat burner</i>	234
<i>tri-vite pediatric</i>	233	<i>ultracin-m</i>	234
<i>tri-vylibra</i>	114	<i>ultra coq10</i>	234
<i>tri-vylibra lo</i>	113	<i>ultrathon insect repellent</i>	234
TROGARZO.....	29	<i>unithroid</i>	121
TROPHAMINE.....	150	<i>upcal d</i>	234
<i>tropium chloride</i>	130	<i>upcal d polvo</i>	234
<i>tropium chloride er</i>	130	<i>upspring he natal</i>	234
TRULICITY.....	103	UPTRAVI.....	68
TRUMENBA.....	141	UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS....	68
TRUQAP.....	52	<i>urea</i>	234
TRUQAP PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA.....	52	<i>urea 20 intensive hidratante</i>	234
<i>trustex lubricated/spermicide</i>	233	<i>urea-c40</i>	234

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>urea hydrating espuma</i>	234	VENLAFAXINE BESYLATE ER.....	74
<i>urea tópica</i>	234	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	74
<i>urinary pain relief</i>	234	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	74
<i>uro mag</i>	234	<i>ventiva tears</i>	235
<i>ursodiol</i>	127	VEOZAH	120
USTEKINUMAB	136	<i>verapamil</i>	64
V		<i>verapamil hcl</i>	64
<i>vagisil</i>	234	<i>verapamil hcl er</i>	64
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	33	<i>verapamil hcl sr</i>	64
VALCHLOR	171	VERAPAMIL HCL SR.....	64
<i>valganciclovir</i>	33	<i>verapamil hydrochloride</i>	64
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	33	<i>verapamil hydrochloride er</i>	64
<i>valproate sodium</i>	89	VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR	64
<i>valproic acid</i>	89	VERQUVO.....	67
<i>valsartan</i>	57	VERSACLOZ.....	82
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	57	VERZENIO.....	52
VALTOCO 5 MG DOSE	89	<i>vestura</i>	114
VALTOCO 10 MG DOSE	89	<i>vicks dayquil cold & flu</i>	235
VALTOCO 15 MG DOSE	89	<i>vicks dayquil cold & flu multi-symptom relief</i>	235
VALTOCO 20 MG DOSE	89	<i>vicks dayquil severe cold & flu</i>	235
<i>valtya 1/35</i>	114	<i>vicks nyquil childrens cold/cough</i>	235
<i>valtya 1/50</i>	114	<i>vicks vapodrops</i>	235
<i>vanacof</i>	234	<i>vienna</i>	114
<i>vanatab dm</i>	234	<i>vigabatrin</i>	89
<i>vancomycin</i>	24	<i>vigadrone</i>	90
<i>vancomycin hcl</i>	24	VIGAFYDE	90
VANCOMYCIN HCL.....	24	VIKTRAVI.....	53
<i>vancomycin hydrochloride</i>	24	<i>vilazodone hydrochloride</i>	74
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	24	VIMKUNYA.....	141
VANFLYTA	52	<i>vinate care</i>	235
<i>vanicream</i>	234	<i>viorele</i>	114
VAQTA.....	141	VIRACEPT	29
<i>varenicline mensual inicial</i>	97	VIREAD	29
<i>varenicline tartrate</i>	97	<i>visine</i>	235
<i>varisan vitality</i>	234	<i>visine a.c.</i>	235
VARIVAX	141	<i>vitamelts energy vitamin b-12</i>	235
VASCEPA	60	<i>vitamelts zinc fast dissolve</i>	235
VAXCHORA.....	141	<i>vitamin a</i>	235
<i>vcf vaginal contraceptive</i>	235	<i>vitamin a/c/d infant/toddler</i>	235
<i>vcf vaginal contraceptive film</i>	235	<i>vitamin b-1</i>	235
<i>vcf vaginal contraceptive foam</i>	235	<i>vitamin b-6</i>	236
<i>velivet</i>	114	<i>vitamin b6</i>	236
VELSIPITY	136	<i>vitamin b-12</i>	235, 236
<i>velvachol</i>	235	<i>vitamin b12</i>	235
VENCLEXTA.....	52	<i>vitamin b-12 tr</i>	236
VENCLEXTA PAQ. INICIAL.....	52	<i>vitamin c</i>	236
		<i>vitamin c/bioflavonoids</i>	236

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>vitamin c/bioflavonoids/wild rose hips</i>	236	WELIREG.....	43
<i>vitamin c cr</i>	236	<i>wera</i>	114
<i>vitamin c drops pastilla</i>	236	WESTAB PLUS.....	146
<i>vitamin c effervescent blend</i>	236	<i>white petrolatum pomada</i>	237
<i>vitamin c gummies</i>	236	<i>wibi</i>	237
<i>vitamin c/natural rose hips</i>	236	WINREVAIR.....	68
<i>vitamin d</i>	236	<i>wixela inhub</i>	162
<i>vitamin d2</i>	236	<i>womens 50,000 millones</i>	237
<i>vitamin d-3</i>	236	<i>womens daily pack</i>	237
<i>vitamin d3</i>	236, 237	<i>womens pack</i>	238
<i>vitamin d3 fast dissolve</i>	236	<i>wymzya fe</i>	114
<i>vitamin d3 gummies</i>	236	WYOST.....	104
<i>vitamin d3 liquid</i>	236	X	
<i>vitamin d3 maximum strength</i>	236	XALKORI.....	53
<i>vitamin d3 ultra potency</i>	237	<i>xanthan gum</i>	238
<i>vitamin d 400</i>	236	<i>xarah fe</i>	114
<i>vitamin e</i>	237	XARELTO.....	132
<i>vitamin e aceite</i>	237	XARELTO PAQ. INICIAL.....	132
<i>vitamin e/d-alpha</i>	237	XATMEP.....	137
<i>vitamin e with panthenol</i>	237	XCOPRI.....	90
<i>vitamins a/c/d/fluoride</i>	237	XCOPRI PAQUETE PARA TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO.....	90
<i>vitamins for hair</i>	237	XCOPRI TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO DE AJUSTE DE LA DOSIS.....	90
<i>viteyes classic zinc free</i>	237	XCOPRI TABLETA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS.....	90
VITRAKVI.....	52, 53	XDEMVY.....	153
<i>vitron-c</i>	237	XELJANZ.....	136
VIVITROL.....	97	XELJANZ XR.....	136
VIVOTIF.....	141	<i>xelria fe</i>	114
VIZIMPRO.....	53	<i>xenical</i>	238
<i>volnea</i>	114	XERMELO.....	127
VONJO.....	53	XHANCE PARA EXHALADOR.....	161
VOQUEZNA DUAL PAQ.....	127	XIFAXAN.....	127
VOQUEZNA TRIPLE PAQ.....	127	XIGDUO XR.....	103
VORANIGO.....	53	XIIDRA.....	156
<i>voriconazole</i>	26	XOLAIR.....	161
VOSEVI.....	33	XOSPATA.....	53
VOWST.....	127	<i>xoten</i>	238
VRAYLAR.....	82	XPOVIO.....	53
<i>vyfemla</i>	114	XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA.....	53
<i>vylibra</i>	114	XPOVIO 80 MG DOS VECES POR SEMANA.....	53
VYZULTA.....	155	XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA.....	53
W		XTANDI.....	42
<i>wal-finat</i>	237	<i>xulane</i>	114
<i>wal-som</i>	237	XULTOPHY.....	100
<i>wal-tussin cough relief childrens</i>	237		
<i>warfarin</i>	132		
<i>wart remover</i>	237		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
Y		Z	
YESINTEK	136	ZYLET	151
YF-VAX	141	<i>zyncof jarabe</i>	238
YONSA	42	ZYPREXA RELPREVV	82
<i>yuvafem</i>	116		
Z			
<i>zafemy</i>	114		
<i>zafirlukast</i>	159		
<i>zaleplon</i>	93		
ZARXIO	132		
<i>zeasorb polvo</i>	238		
ZEGALOGUE	117		
ZEJULA	54		
ZELBORAF	54		
<i>zeldana</i>	238		
<i>zelvysia</i>	120		
<i>zenatane</i>	163		
<i>zenpep</i>	128		
<i>zenzedi</i>	92		
<i>zephrex-d</i>	238		
ZERVIAE	154		
<i>zidovudine</i>	29		
<i>zims max-freeze</i>	238		
<i>zinc</i>	238		
<i>zinc 15</i>	238		
<i>zinc gluconate</i>	238		
<i>zinc oxide</i>	238		
<i>zinc-oxyde plus pomada</i>	238		
<i>zinc sulfate</i>	238		
<i>ziprasidone hcl</i>	82		
<i>ziprasidone mesylate</i>	82		
ZIRABEV	54		
ZIRGAN	153		
<i>zoledronic acid</i>	104		
ZOLEDRONIC ACID	104		
ZOLINZA	54		
<i>zolpidem tartrate</i>	93		
ZONISADE	90		
<i>zonisamida</i>	90		
<i>zonisamide</i>	90		
<i>zovia 1/35</i>	115		
ZTALMY	90		
<i>zumandimine</i>	115		
ZURZUVAE	74, 75		
ZYDELIG	54		
ZYKADIA	54		

Notice of Availability

TTY: 711

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

የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በዚህ ሰነድ ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

(Arabic) للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على هذا المستند.

如欲使用免費語言服務，請致電本文件上的電話號碼。(Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, veuillez composer le numéro sur ce document. (French)

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele nimewo ki sou dokiman sa a. (French Creole)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf diesem Dokument an. (German)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, इस दस्तावेज़ पर दिये नंबर पर कॉल करें। (Hindi)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero indicato su questo documento. (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、本書に記載の番号にお電話ください。
(Japanese)

무료 언어 서비스를 이용하려면 본 서류에 기재되어 있는 번호로 전화해 주십시오.
(Korean)

(Farsi) برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی این نوشته تماس بگیرید.

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, proszę zadzwonoć numer telefonu w tym dokumencie. (Polish)

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para o número que consta neste documento. (Portuguese)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, номер которого приведен в этом документе. (Russian)

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

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

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số điện thoại ghi trên tài liệu này. (Vietnamese)

(Urdu) بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، اس دستاویز پر درج نمبر پر بات کریں۔

(Dari) برای دسترسی به خدمات زبان بدون هیچ هزینه ای برای شما، با شماره این سند تماس بگیرید.

మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునేందుకు, ఈ ప్రతంపె ఉన్న నంబరుకు కాల్ చేయండి. (Telugu)

Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ nọmba no na dọkụment a. (Ibo)

निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न आफ्नो परिचय पत्रमा भएको नम्बरमा टेलिफोन गर्नुहोस्। (Nepali)

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে এই নথিতে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন। (Bengali)

(Pashto) د ژبې خدمتونو ته د لاسرسی لپاره پرته له کوم لګښت څخه په دې سند کې شمیرې ته زنگ ووهئ.

H1610_2025_V3

Este formulario se actualizó el 05/01/2026. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-463-0933** y los usuarios de TTY deben llamar al: **711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, o visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)

Contrato/PBP: H1610-001



CardinalCare
Virginia's Medicaid Program

Medicare and Medicaid Working Together

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