

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 08

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 10/01/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-844-362-0934**, los usuarios de TTY deben llamar al: **711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, o visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Introducción

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

Índice

A. Descargo de responsabilidad.....	3
B. Preguntas frecuentes	5
B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviarla, denominamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> la <i>Lista de medicamentos</i>).....	5
B2. ¿Se modifica la <i>Lista de medicamentos</i> en algún momento?.....	5
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	6
B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?.....	7
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?.....	8
B6. ¿Qué sucede si Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (Por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado).....	8
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?.....	8
B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	9
B9. ¿Qué sucede si soy miembro nuevo de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo problemas para obtenerlo?	9
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?.....	10
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	10
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?.....	10
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	10
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	11
B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?.....	11

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



B16. ¿Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) cubre los productos de venta libre que no sean medicamentos?	11
B17. ¿Puedo obtener mis medicamentos a través de pedidos por correo/suministro a largo plazo?.....	11
B18. ¿Cuál es mi copago?.....	12
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	13
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento	14
D. Índice de medicamentos cubiertos	189



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

A. Descargo de responsabilidad

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

- ❖ Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad completamente integrado con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de New Jersey. La inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan.
- ❖ Unirse a este plan significa lo siguiente: Debe usar proveedores, suministros de equipo médico duradero (DME) y farmacias dentro de la red. Estará inscripto automáticamente en la cobertura de Medicaid (NJ FamilyCare) con nuestro plan, y se cancelará su inscripción actual en otro plan de Medicaid (NJ FamilyCare). Todos sus servicios, productos y medicamentos cubiertos por Medicaid estarán cubiertos en virtud de nuestro plan, y deberá recibirlos de proveedores dentro de la red. Usted será inscrito automáticamente en la cobertura de la Parte D de nuestro plan, y se cancelará automáticamente su inscripción en cualquier otro plan de cobertura acreditable o de la Parte D de Medicare. Debe comprender y cumplir las normas de remisión de nuestro plan.
- ❖ Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) en línea en [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary) o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página. Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934** (TTY: **711**) de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Si habla otro idioma que no sea inglés, tiene a disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento. (Inglés)
- ❖ Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento. (Español)
- ❖ 如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。(Chino tradicional)
- ❖ Kung hindi Ingles ang wikang inyong sinasalita, may maaari kayong kuning mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Bisitahin ang aming website o tawagan ang numero ng telepono na nakalista sa dokumentong ito. (Tagalo)
- ❖ Si vous parlez une autre langue que l'anglais, des services d'assistance linguistique gratuits vous sont proposés. Visitez notre site Internet ou appelez le numéro indiqué dans ce document. (Francés)
- ❖ Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác với Tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Xin vào trang mạng của chúng tôi hoặc gọi số điện thoại ghi trong tài liệu này. (Vietnamita)
- ❖ Wenn Sie eine andere Sprache als Englisch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Besuchen Sie unsere Website oder rufen Sie die Telefonnummer in diesem Dokument an. (Alemán)

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



- ❖ Εάν ομιλείτε άλλη γλώσσα εκτός της Αγγλικής, υπάρχουν δωρεάν υπηρεσίες στη γλώσσα σας. Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας ή καλέστε τον αριθμό τηλεφώνου που αναγράφεται στο παρόν έγγραφο. (Griego)
- ❖ Debido a la legislación de Arkansas, a partir del 1 de enero de 2026, es posible que no pueda utilizar los siguientes servicios dentro del estado de Arkansas, a menos que un tribunal tome medidas: Farmacias minoristas de CVS, servicio de farmacia por correo de CVS Caremark, CVS Specialty y farmacias a largo plazo de OMNI Care.
- ❖ Si desea realizar una solicitud para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato alternativo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. Continuaremos enviándole estos materiales en el idioma o formato que usted elija hasta que nos indique lo contrario (esto se conoce como solicitud permanente).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [**AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

B. Preguntas frecuentes

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

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

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

- Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios en la *Lista de medicamentos* en los siguientes casos:
 - Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas le indica que los necesita para sentirse mejor o mantenerse saludable. y
 - surte la receta en una farmacia de la red de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).
- En algunos casos, debe hacer algo antes de obtener un medicamento. Para obtener más información, consulte la pregunta B4.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/membership/njdsnp-drug-formulary) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711).

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

Sí, y Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) debe seguir las reglas de Medicare y Medicaid al realizar cambios. Es posible que incorporemos o eliminemos medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año.

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/membership/njdsnp-drug-formulary)



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

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

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

- Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos* actualizada de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) en línea en [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary). Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)** para consultar la *Lista de medicamentos* actual.

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

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

- **Sustituciones de ciertas versiones nuevas de medicamentos.** Podemos eliminar los medicamentos inmediatamente de la *Lista de medicamentos* si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero su costo para el nuevo medicamento seguirá siendo \$0 con las mismas restricciones o menos. Cuando agreguemos la nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura.
 - Es probable que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que entre en efecto.
 - Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
 - Es una nueva versión genérica de un medicamento de marca.
 - Es una nueva versión biosimilar de un producto biológico original en la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que pueda sustituir a un producto biológico original sin una nueva receta).
 - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la **Sección B14**.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.
- **Retiro de los medicamentos peligrosos y otros medicamentos que ya no están en el mercado.** A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, es posible que lo quitemos inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

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

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

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.
- Quitamos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* cuando agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado. **O bien**
- retiramos un producto biológico original al añadir uno biosimilar. **O bien**
- modificamos las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**



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

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

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

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

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

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

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

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético. **O bien**
- puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar **por orden alfabético**, busque su medicamento en la sección Índice de medicamentos cubiertos. Podrá encontrarlo en la página 189. Consulte el Índice y busque su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista. El Índice de medicamentos cubiertos es un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos*. Tanto los medicamentos de marca y los genéricos como los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) se encuentran en el Índice.

Para buscar **por tipo de medicamento**, busque la **Sección C1** titulada “Lista de medicamentos por tipo de medicamento”. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para una infección, debe buscar en la categoría “Antiinfecciosos”. Ahí encontrará medicamentos que tratan infecciones.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/medicare/njdsnp-drug-formulary)

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

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

- Pedirle al Departamento de Servicios para Miembros una lista de los medicamentos que sean similares al que desea tomar. Luego, muéstrole la lista a su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden recetarle un medicamento de la *Lista de medicamentos* que sea similar al que desea tomar. **O bien**
- Pídale a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) que haga una excepción para cubrir su medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

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

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

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

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

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

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

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

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta por menos días), independientemente de que sea o no un miembro nuevo de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días que es miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

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

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

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

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

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

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

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

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

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

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

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

B16. ¿Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) cubre los productos de venta libre que no sean medicamentos?

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

Ejemplos de productos de venta libre que no sean medicamentos incluyen los preservativos.

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

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



B18. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de AetnaMedicare FIDE (HMO D-SNP) no tienen copago para medicamentos con receta y de venta libre (OTC) y productos que no sean medicamentos, siempre y cuando el miembro siga las normas del plan. Para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre y los productos que no sean medicamentos, consulte las preguntas B15 y B16.

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

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

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary



C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento

Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para una infección, debe buscar en la categoría “Antiinfecciosos”. Ahí encontrará medicamentos que tratan la infección.

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac sodium dr tableta de liberación retardada 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diclofenac sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tableta de liberación retardada 50 mg; 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tableta de liberación prolongada 75 mg; 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>diflunisal tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tableta de liberación prolongada 24 horas 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>etodolac cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>fenopropfen calcium cápsula 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>fenopropfen calcium tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>flurbiprofen tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ibuprofen suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ibuprofen tableta 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ibu tableta 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ketorolac tromethamine tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (20 EA por 30 días) PA MO
<i>meloxicam tableta 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>tramadol hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol er tableta de liberación prolongada 24 horas 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días); HRM
<i>tramadol hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
ANALGÉSICOS OPIOIDES, ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen/codeine phosphate tableta 300 mg; 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>acetaminophen/codeine solución 120 mg/5 ml; 12 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2700 ML por 30 días) MO
<i>acetaminophen/codeine tableta 300 mg; 15 mg, 300 mg; 30 mg, 300 mg; 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate inyección 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>butorphanol tartrate solución nasal 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (5 ML por 30 días) MO
CODEINE SULFATE TABLETA 15 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>endocet tableta 325 mg; 10 mg, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 c/u por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solución 300 mg/15 ml; 10 mg/15 ml, 325 mg/15 ml; 10 mg/15 ml, 325 mg/15 ml; 7.5 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2700 ml por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tableta 300 mg; 10 mg, 300 mg; 5 mg, 300 mg; 7.5 mg, 325 mg; 10 mg, 325 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tableta 325 mg; 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocodone/acetaminophen tableta 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/ibuprofen tableta 10 mg; 200 mg, 5 mg; 200 mg, 7.5 mg; 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl líquido 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl tableta 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 0.25 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
MORPHINE SULFATE INYECCIÓN 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 50 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>morphine sulfate inyección 0.5 mg/ml, 2 mg/ml jeringa precargada intravenosa, 10 mg/ml ampolla intravenosa, 4 mg/ml ampolla intravenosa, 8 mg/ml ampolla intravenosa</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>morphine sulfate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>morphine sulfate solución oral 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate solución oral 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hcl cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride concentrado 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone/acetaminophen tableta 325 mg; 10 mg, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen tableta 325 mg; 37.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM
ANTIINFECCIOSOS		
<i>ANTIINFECCIOSOS: VARIOS</i>		
<i>albendazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amikacin sulfate inyección 1 g/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ARIKAYCE SUSPENSIÓN 590 MG/8.4 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>atovaquone suspensión 750 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>aztreonam inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CAYSTON SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>chloramphenicol sodium succinate inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>clindamycin hcl cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clindamycin hydrochloride cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solución reconstituida 75 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clindamycin phosphate/dextrose inyección 300 mg/50 ml; 5 %, 600 mg/50 ml; 5 %, 900 mg/50 ml; 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate inyección 300 mg/2 ml, 900 mg/6 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 300 MG/50 ML; 0.9 %, 600 MG/50 ML; 0.9 %, 900 MG/50 ML; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>colistimethate sodium inyección 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>dapsone tableta 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 1000 MG/100 ML; 0.9 %, 350 MG/50 ML; 0.9 %, 500 MG/50 ML; 0.9 %, 700 MG/100 ML; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>daptomycin inyección 350 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
EMVERM TABLETA MASTICABLE 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (24 c/u por 365 días) MO
<i>ertapenem sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fosfomycin tromethamine paquete 3 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gentamicin sulfate inyección pediátrica 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride inyección 1.2 mg/ml; 0.9 %, 1 mg/ml; 0.9 %, 2 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride inyección 1.6 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gentamicin sulfate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>imipenem/cilastatin inyección 250 mg; 250 mg, 500 mg; 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
IMPAVIDO CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 c/u por 28 días) PA MO
<i>isotonic gentamicin inyección 0.8 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ivermectin tableta 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 90 días) PA MO
<i>ivermectin tableta 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 c/u por 90 días) PA MO
LINEZOLID INYECCIÓN 600 MG/300 ML; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>linezolid inyección 600 mg/300 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>linezolid suspensión reconstituida 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>linezolid tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>meropenem inyección 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>meropenem inyección 1 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methenamine hippurate tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methenamine mandelate tableta 0.5 g, 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole cápsula 375 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole inyección 500 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>metronidazole tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin sulfate tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitazoxanide tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (6 c/u por 30 días) MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pentamidine isethionate inyección 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pentamidine isethionate solución de inhalación reconstituida 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>praziquantel tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pyrimethamine tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
SIVEXTRO INYECCIÓN 200 MG	\$0 para el Nivel 1	
SIVEXTRO TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>streptomycin sulfate inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sulfadiazine tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tableta 800 mg; 160 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim inyección 400 mg/5 ml; 80 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspensión 200 mg/5 ml; 40 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tableta 400 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tinidazole tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TOBI PODHALER CÁPSULA 28 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (224 c/u por 56 días) PA; ACS LD
<i>tobramycin sulfate inyección 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tobramycin sulfate inyección 1.2 g/30 ml, 80 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tobramycin sulfate inyección 1.2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tobramycin solución de nebulización 300 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (280 ML por 56 días) PA; ACS
<i>trimethoprim tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VANCOMYCIN HCL INYECCIÓN 0.9 %; 1 G/200 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>vancomycin hcl inyección 100 g, 10 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>vancomycin hydrochloride cápsula 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>vancomycin hydrochloride cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 1000 MG/200 ML, 1250 MG/250 ML, 1500 MG/300 ML, 1750 MG/350 ML, 500 MG/100 ML, 750 MG/150 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>vancomycin hydrochloride inyección 1.25 g, 1.5 g, 1.75 g, 1 g, 2 g, 500 g, 5 g, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VANCOMYCIN INYECCIÓN 0.9 %; 500 MG/100 ML, 0.9 %; 750 MG/150 ML, 2000 MG/400 ML	\$0 para el Nivel 1	
ANTIMICÓTICOS		
ABELCET INYECCIÓN 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>amphotericin b liposome inyección 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>amphotericin b inyección 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>caspofungin acetate inyección 50 mg, 70 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
CRESEMBA CÁPSULA 74.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (175 EA por 30 días) MO
CRESEMBA CÁPSULA 186 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (70 c/u por 30 días) MO
<i>fluconazole in sodium chloride inyección 200 mg/100 ml; 0.9 %, 400 mg/200 ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluconazole/sodium chloride inyección 100 mg/50 ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluconazole suspensión reconstituida 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluconazole tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>flucytosine cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>griseofulvin microsize suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>griseofulvin microsize tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>itraconazole cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>ketoconazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>miconazole inyección 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MYCAMINE INYECCIÓN 50 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nystatin tableta 500000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>posaconazole dr tableta de liberación retardada 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (93 c/u por 30 días) PA MO
<i>posaconazole suspensión 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (630 ML por 30 días) PA MO
<i>terbinafine hcl tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 365 días) MO
<i>voriconazole inyección 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>voriconazole suspensión reconstituida 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>voriconazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>voriconazole tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 EA por 30 días) MO
ANTIPALÚDICOS		
<i>atovaquone/proguanil hcl tableta 62.5 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tableta 250 mg; 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chloroquine phosphate tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
COARTEM TABLETA 20 MG; 120 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mefloquine hydrochloride tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>primaquine phosphate tableta 26.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>quinine sulfate cápsula 324 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir solución 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>abacavir tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
APTIVUS CÁPSULA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atazanavir sulfate cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>atazanavir cápsula 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>darunavir tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>darunavir tableta 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
EDURANT PED TABLETA SOLUBLE 2.5 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
EDURANT TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>efavirenz tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>emtricitabine cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
EMTRIVA SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>etravirine tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fosamprenavir calcium tableta 700 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FUZEON INYECCIÓN 90 MG	\$0 para el Nivel 1	MO; LD
INTELENCE TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	
ISENTRESS HD TABLETA 600 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
ISENTRESS PAQUETE 100 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
ISENTRESS TABLETA MASTICABLE 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
ISENTRESS TABLETA MASTICABLE 100 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
ISENTRESS TABLETA 400 MG	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lamivudine solución 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamivudine tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>maraviroc tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nevirapine er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nevirapine suspensión 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nevirapine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NORVIR PAQUETE 100 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
PIFELTRO TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
PREZISTA SUSPENSIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (400 ML por 30 días) MO
PREZISTA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABLETA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (480 EA por 30 días) MO
REYATAZ PAQUETE 50 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ritonavir tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
RUKOBIA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 600 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
SELZENTRY SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
SUNLENCA INYECCIÓN 463.5 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3 ML por 180 días) MO; LD
SUNLENCA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 1	MO; LD
SUNLENCA TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 1	MO; LD
<i>tenofovir disoproxil fumarate tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TIVICAY PD TABLETA SOLUBLE 5 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
TIVICAY TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
TROGARZO INYECCIÓN 200 MG/1.33 ML	\$0 para el Nivel 1	MO; LD
TYBOST TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
VIRACEPT TABLETA 250 MG, 625 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
VIREAD POLVO 40 MG/G	\$0 para el Nivel 1	MO
VIREAD TABLETA 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>zidovudine cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>zidovudine jarabe 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>zidovudine tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
COMBINACIÓN DE ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tableta 600 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BIKTARVY TABLETA 30 MG; 120 MG; 15 MG, 50 MG; 200 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
CIMDUO TABLETA 300 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
DELSTRIGO TABLETA 100 MG; 300 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
DESCOVY TABLETA 120 MG; 15 MG, 200 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
DOVATO TABLETA 50 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 600 mg; 200 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 400 mg; 300 mg; 300 mg, 600 mg; 300 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i> tableta 200 mg; 25 mg; 300 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i> tableta 200 mg; 300 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i> tableta 100 mg; 150 mg, 133 mg; 200 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i> tableta 167 mg; 250 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
EVOTAZ TABLETA 300 MG; 150 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
GENVOYA TABLETA 150 MG; 150 MG; 200 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
JULUCA TABLETA 50 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
KALETRA SOLUCIÓN 400 MG/5 ML; 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamivudine/zidovudine</i> tableta 150 mg; 300 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lopinavir/ritonavir</i> tableta 100 mg; 25 mg, 200 mg; 50 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
ODEFSEY TABLETA 200 MG; 25 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
PREZCOBIX TABLETA 150 MG; 675 MG	\$0 para el Nivel 1	
PREZCOBIX TABLETA 150 MG; 800 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
STRIBILD TABLETA 150 MG; 150 MG; 200 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
SYMTUZA TABLETA 150 MG; 800 MG; 200 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
TRIUMEQ PD TABLETA SOLUBLE 60 MG; 5 MG; 30 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
TRIUMEQ TABLETA 600 MG; 50 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
AGENTES ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine</i> cápsulas 250 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ethambutol hydrochloride</i> tableta 100 mg, 400 mg	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>isoniazid inyección 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>isoniazid jarabe 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isoniazid tableta 100 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PRETOMANID TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
PRIFTIN TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pyrazinamide tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rifabutin cápsula 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rifampin cápsula 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rifampin inyección 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
SIRTURO TABLETA 100 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
TRECTOR TABLETA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTIVIRALES		
<i>acyclovir sodium inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>acyclovir cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>acyclovir suspensión 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>acyclovir tableta 400 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>adefovir dipivoxil tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
BARACLUDE SOLUCIÓN 0.05 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>entecavir tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
EPCLUSA PAQUETE 150 MG; 37.5 MG, 200 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EPCLUSA TABLETA 200 MG; 50 MG, 400 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>famciclovir tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 30 días) MO
<i>famciclovir tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ganciclovir inyección 500 mg/10 ml, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>lamivudine tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LIVTENCITY TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (336 c/u por 28 días) PA; LD
MAVYRET PAQUETE 50 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
MAVYRET TABLETA 100 MG; 40 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>oseltamivir phosphate cápsula 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (168 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate cápsula 45 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate suspensión reconstituida 6 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1080 ML por 365 días) MO
PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA DE 5 DÍAS 150 MG; 100 MG Y 300 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (22 EA por 180 días)
PAXLOVID TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 150 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (40 EA por 180 días) MO
PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 180 días) MO
PEGASYS INYECCIÓN 180 MG/0.5 ML, 180 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
PREVYMIS PAQUETE 120 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA MO
PREVYMIS TABLETA 240 MG, 480 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 c/u por 28 días) PA MO
RELENZA DISKHALER AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 5 MG/BLÍSTER	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 365 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ribavirin cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>ribavirin tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>rimantadine hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>valacyclovir hydrochloride tableta 1 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>valganciclovir hydrochloride solución reconstituida 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>valganciclovir tableta 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VOSEVI TABLETA 400 MG; 100 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS
CEFALOSPORINAS		
CEFACLO ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 500 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefaclor cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefaclor suspensión reconstituida 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefadroxil cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefadroxil suspensión reconstituida 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefadroxil tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 1 G/50 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 1	
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 100 G, 300 G	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefazolin sodium inyección intravenosa 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefazolin sodium inyección 10 g, 1 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CEFAZOLIN/DEXTROSE INYECCIÓN 3 G /150 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 1	
CEFAZOLIN INYECCIÓN 2 G/100 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CEFAZOLIN INYECCIÓN INTRAVENOSA 2 G, 3 G	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefazolin inyección 3 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefazolin inyección 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefdinir cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefdinir suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefepime inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefixime cápsula 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefixime suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefotetan inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefoxitin sodium inyección 10 g, 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefpodoxime proxetil suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefpodoxime proxetil tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefprozil suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefprozil tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ceftazidime inyección 2 g, 6 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ceftazidime inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose inyección 1 g/50 ml, 2 g/50 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
CEFTRIAZONE SODIUM INYECCIÓN 100 G	\$0 para el Nivel 1	
<i>ceftriaxone sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ceftriaxone sodium inyección 10 g, 1 g im o iv, 250 mg, 2 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefuroxime axetil tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefuroxime sodium inyección 1.5 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cefuroxime sodium inyección 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin cápsula 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cephalexin tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tazicef inyección 1 g, 2 g, 6 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
TEFLARO INYECCIÓN 400 MG, 600 MG	\$0 para el Nivel 1	
ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>azithromycin suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>azithromycin tableta 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clarithromycin er tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clarithromycin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clarithromycin tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DIFICID SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 40 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
DIFICID TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin base tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erythromycin dr cápsula partículas de liberación retardada 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin dr tableta de liberación retardada 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin ethylsuccinate tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>erythromycin lactobionate inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fidaxomicin tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
FLUOROQUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl tableta 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección 200 mg/100 ml; 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección 400 mg/200 ml; 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levofloxacin in d5w inyección 5 %; 250 mg/50 ml, 5 %; 500 mg/100 ml, 5 %; 750 mg/150 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levofloxacin inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levofloxacin solución oral 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levofloxacin tableta 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride inyección 400 mg/250 ml; 0.8 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
MOXIFLOXACIN HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 400 MG/250 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>moxifloxacin hydrochloride tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PENICILINAS		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er tableta de liberación prolongada 12 horas 1000 mg; 62.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspensión reconstituida 200 mg/5 ml; 28.5 mg/5 ml, 400 mg/5 ml; 57 mg/5 ml, 600 mg/5 ml; 42.9 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspensión reconstituida 250 mg/5 ml; 62.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta 500 mg; 125 mg, 875 mg; 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta 250 mg; 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin suspensión reconstituida 400 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin tableta masticable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin tableta 500 mg, 875 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ampicillin sodium inyección 10 g, 125 mg, 1 g i.v., 250 mg, 2 g i.v.</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ampicillin sodium inyección 1 g, 2 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ampicillin-sulbactam inyección 10 g; 5 g, 1 g; 0.5 g, 2 g; 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ampicillin/sulbactam inyección 2 g; 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ampicillin cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BICILLIN L-A INYECCIÓN 1200000 UNIDADES/2 ML, 2400000 UNIDADES/4 ML, 600000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dicloxacillin sodium cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
EXTENCILLINE INYECCIÓN 1200000 UNIDADES, 2400000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENTOCILIN INYECCIÓN 1200000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	
<i>nafcillin sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nafcillin sodium inyección 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nafcillin sodium inyección 10 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>oxacillin sodium inyección 10 g, 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE INYECCIÓN 40000 UNIDADES/ ML, 60000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>penicillin g potassium inyección 20000000 unidades, 5000000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>penicillin g sodium inyección 5000000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>penicillin v potassium solución reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>penicillin v potassium tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium inyección 12 g; 1.5 g, 2 g; 0.25 g, 36 g; 4.5 g, 3 g; 0.375 g, 4 g; 0.5 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100 inyección 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline hyclate cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline hyclate inyección 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline hyclate tableta 100 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline monohydrate cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline monohydrate cápsula 100 mg, 150 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline monohydrate tableta 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxycycline monohydrate tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxycycline suspensión reconstituida 25 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>minocycline hcl cápsula 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>minocycline hcl tableta 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ST MO
<i>minocycline hydrochloride cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>minocycline hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ST MO
<i>mondoxyne nl cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
NUZYRA INYECCIÓN 100 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
NUZYRA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
<i>tetracycline hydrochloride cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tigecycline inyección 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
<i>ALQUILANTES</i>		
<i>cyclophosphamide cápsula 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
CYCLOPHOSPHAMIDE TABLETA 25 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	PA
GLEOSTINE CÁPSULA 10 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS
GLEOSTINE CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS
LEUKERAN TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ANTIMETABOLITOS</i>		
INQOVI TABLETA 100 MG; 35 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (5 c/u por 28 días) PA; ACS LD
LONSURF TABLETA 6.14 MG; 15 MG, 8.19 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mercaptopurine suspensión 2000 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>mercaptopurine tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methotrexate sodium inyección 1 g/40 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>methotrexate sodium inyección 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methotrexate sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>methotrexate inyección 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ONUREG TABLETA 200 MG, 300 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (14 c/u por 28 días) PA; ACS LD
PURIXAN SUSPENSIÓN 2000 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
TABLOID TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>abirtega tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
AKEEGA TABLETA 500 MG; 100 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; LD
<i>anastrozole tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bicalutamide tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ELIGARD INYECCIÓN 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ERLEADA TABLETA 240 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
EULEXIN CÁPSULA 125 MG	\$0 para el Nivel 1	
<i>exemestane tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FIRMAGON INYECCIÓN 80 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FIRMAGON INYECCIÓN 120 MG/AMPOLLA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>letrozole tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>leuprolide acetate inyección 1 mg/0.2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LUPRON DEPOT (1 MES) INYECCIÓN 3.75 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LUPRON DEPOT (3 MESES) INYECCIÓN 11.25 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LYSODREN TABLETA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	LD
<i>megestrol acetate tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nilutamide tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NUBEQA TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ORGOVYX TABLETA 120 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
ORSERDU TABLETA 345 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
ORSERDU TABLETA 86 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; LD
SOLTAMOX SOLUCIÓN 10 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tamoxifen citrate tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>toremifene citrate tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
XTANDI CÁPSULA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
XTANDI TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
YONSA TABLETA 125 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide cápsula 20 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lenalidomide cápsula 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (28 c/u por 28 días) PA; ACS LD
POMALYST CÁPSULAS 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS LD
VARIOS		
ASPARLAS INYECCIÓN 3750 UNIDADES/5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
BESREMI INYECCIÓN 500 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2 ML por 28 días) PA; LD
<i>bexarotene cápsula 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>hydroxyurea cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
IWILFIN TABLETA 192 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 c/u por 30 días) PA; LD
<i>leucovorin calcium tableta 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
MATULANE CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	LD
<i>mesna tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
MODEYSO CÁPSULA 125 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (20 EA por 28 días) PA; LD
ONCASPAR INYECCIÓN 750 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>tretinoin cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
WELIREG TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
AGENTES DIANA MOLECULARES		
ALECENSA CÁPSULA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ALUNBRIG PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 90 MG; 180 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALUNBRIG TABLETA 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
ALUNBRIG TABLETA 180 MG, 90 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
AUGTYRO CÁPSULA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
AUGTYRO CÁPSULA 160 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; ACS LD
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK PAQ. DE TRATAMIENTO 0.8 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (66 c/u por 28 días) PA
AYVAKIT TABLETA 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
BALVERSA TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
BALVERSA TABLETA 4 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
BALVERSA TABLETA 3 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 c/u por 28 días) PA; ACS LD
BOSULIF CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 25 días) PA; ACS
BOSULIF CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS
BOSULIF TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
BOSULIF TABLETA 400 MG, 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS
BRAFTOVI CÁPSULA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 c/u por 30 días) PA; ACS LD
BRUKINSA CÁPSULA 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
BRUKINSA TABLETA 160 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA
CABOMETYX TABLETA 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS LD
CALQUENCE TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; LD
CAPRELSA TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CAPRELSA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
COMETRIQ KIT 140 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 100 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 60 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 1	QL (84 c/u por 28 días) PA; ACS LD
COPIKTRA CÁPSULA 15 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COTELLIC TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (63 c/u por 28 días) PA; ACS LD
DANZITEN TABLETA 71 MG, 95 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 c/u por 28 días) PA; LD
<i>dasatinib tableta 100°mg, 140°mg, 50°mg, 70°mg, 80°mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>dasatinib tableta 20°mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; ACS
DAURISMO TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
DAURISMO TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; ACS LD
ERIVEDGE CÁPSULA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>erlotinib hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>erlotinib hydrochloride tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>erlotinib hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FOTIVDA CÁPSULA 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (21 c/u por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 c/u por 28 días) PA; LD
GAVRETO CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
<i>gefitinib tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
GILOTRIF TABLETA 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
GOMEKLI CÁPSULA 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (126 EA por 28 días) PA; LD
GOMEKLI CÁPSULA 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
GOMEKLI TABLETA SOLUBLE 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (168 c/u por 28 días) PA; LD
HERNEXEOS TABLETA 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
IBRANCE CÁPSULA 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
IBRANCE TABLETA 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
IBTROZI CÁPSULA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; LD
ICLUSIG TABLETA 10 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
ICLUSIG TABLETA 15 MG, 45 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IDHIFA TABLETA 100 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS LD
<i>imatinib mesylate tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>imatinib mesylate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; ACS
IMBRUVICA CÁPSULA 70 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMBRUVICA CÁPSULA 140 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
IMBRUVICA SUSPENSIÓN 70 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (216 ML por 27 días) PA; LD
IMBRUVICA TABLETA 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IMKELDI SOLUCIÓN 80 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (280 ML por 28 días) PA; LD
INLYTA TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
INLYTA TABLETA 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 c/u por 30 días) PA; ACS LD
INREBIC CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 3 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
JAKAFI TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; ACS LD
JAYPIRCA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
JAYPIRCA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; ACS LD
KISQALI FEMARA 400 DOSE PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 2.5 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
KISQALI FEMARA 600 DOSE PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 2.5 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
KISQALI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
KOSELUGO CÁPSULA 10 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
KRAZATI TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 c/u por 30 días) PA; LD
<i>lapatinib ditosylate tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
LAZCLUZE TABLETA 240°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LAZCLUZE TABLETA 240°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; LD
LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LORBRENA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
LORBRENA TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 240 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 120 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 320 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; ACS LD
LYNPARZA TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 16 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (140 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 12 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 c/u por 28 días) PA; LD
MEKINIST SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 0.05 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1260 ML por 30 días) PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MEKINIST TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 0.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; ACS LD
MEKTOVI TABLETA 15 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 c/u por 30 días) PA; ACS LD
NERLYNX TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 c/u por 30 días) PA; ACS LD
<i>nilotinib hydrochloride cápsula 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
<i>nilotinib hydrochloride cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA; ACS
NILOTINIB CÁPSULA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA
NILOTINIB CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA
NINLARO CÁPSULA 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ODOMZO CÁPSULA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
OGSIVEO TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
OGSIVEO TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 c/u por 28 días) PA; LD
OJEMDA SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 25 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (96 ML por 28 días) PA; LD
OJEMDA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (24 c/u por 28 días) PA; LD
OJJAARA TABLETA 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
<i>pazopanib hydrochloride tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA; ACS
PEMAZYRE TABLETA 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 c/u por 28 días) PA; LD
PIQRAY 200 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS
PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (56 c/u por 28 días) PA; ACS



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PIQRAY 300 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 c/u por 28 días) PA; ACS
QINLOCK TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; LD
RETEVMO CÁPSULA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS
SORINE TABLETA 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
RETEVMO CÁPS. 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; ACS LD
REVUFORJ TABLETA 110 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
REVUFORJ TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
REVUFORJ TABLETA 160 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; LD
REZLIDHIA CÁPSULA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; LD
<i>romidepsin inyección 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
ROMVIMZA CÁPSULA 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (8 c/u por 28 días) PA; LD
ROZLYTREK CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
ROZLYTREK CÁPSULA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
ROZLYTREK PAQUETE 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (336 c/u por 28 días) PA; ACS LD
RUBRACA TABLETA 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
RYDAPT CÁPSULA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (224 c/u por 28 días) PA; ACS
SCEMBLIX TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
SCEMBLIX TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (300 EA por 30 días) PA; LD
SCEMBLIX TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sorafenib tosylate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA; ACS
STIVARGA TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 c/u por 28 días) PA; ACS LD
<i>sunitinib malate cápsula 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS
TABRECTA TABLETA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
TAFINLAR CÁPSULA 50 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
TAFINLAR TABLETA SOLUBLE 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (840 c/u por 28 días) PA; ACS LD
TAGRISSO TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; ACS LD
TAZVERIK TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 c/u por 30 días) PA; LD
TECVAYLI INYECCIÓN 153 MG/1.7 ML, 30 MG/3 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
TEPMETKO TABLETA 225 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; LD
TIBSOVO TABLETA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>torpenz tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
TRUQAP PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 160 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (64 EA por 28 días) PA; LD
TRUQAP TABLETA 160 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (64 c/u por 28 días) PA; LD
TRUXIMA INYECCIÓN 100 MG/10 ML, 500 MG/50 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
TUKYSA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
TUKYSA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 c/u por 30 días) PA; LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TURALIO CÁPSULA 125 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VANFLYTA TABLETA 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA PAQUETE INICIAL PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 10 MG; 100 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (42 c/u por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 c/u por 30 días) PA; LD
VERZENIO TABLETA 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
VITRAKVI CÁPSULA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
VITRAKVI CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
VITRAKVI SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 30 días) PA; ACS LD
VIZIMPRO TABLETA 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS LD
VONJO CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VORANIGO TABLETA 40°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
VORANIGO TABLETA 40°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA 200 MG, 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA; ACS LD
XOSPATA TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (24 c/u por 28 días) PA; LD
XPOVIO 80 MG PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA DOS VECES POR SEMANA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (32 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 40 MG UNA VEZ POR SEMANA (PAQUETE DE 16 TABLETAS)	\$0 para el Nivel 1	QL (16 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 40 MG UNA VEZ POR SEMANA (PAQUETE DE 4 TABLETAS), 60 MG UNA VEZ POR SEMANA	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 100 MG UNA VEZ POR SEMANA, 80 MG UNA VEZ POR SEMANA, 40 MG DOS VECES POR SEMANA	\$0 para el Nivel 1	QL (8 c/u por 28 días) PA; LD
ZEJULA TABLETA 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS LD
ZELBORAF TABLETA 240 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 c/u por 30 días) PA; ACS LD
ZIRABEV INYECCIÓN 100 MG/4 ML, 400 MG/16 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ZOLINZA CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ZYDELIG TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; ACS LD
ZYKADIA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD

CARDIOVASCULARES**COMBINACIONES DE INHIBIDOR DE LA ECA**

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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
<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 para el Nivel 1	MO
KERENDIA TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días)
KERENDIA TABLETA 10 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>spironolactone tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ALFA-BLOQUEANTES		
<i>doxazosin mesylate tableta 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>prazosin hydrochloride cápsula 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terazosin hcl cápsula 10 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terazosin hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
COMBINACIONES/ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>amlodipine besylate/valsartan tableta 10 mg; 160 mg, 10 mg; 320 mg, 5 mg; 160 mg, 5 mg; 320 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil tableta 10 mg; 20 mg, 10 mg; 40 mg, 5 mg; 20 mg, 5 mg; 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 12.5 mg; 160 mg, 10 mg; 25 mg; 160 mg, 10 mg; 25 mg; 320 mg, 5 mg; 12.5 mg; 160 mg, 5 mg; 25 mg; 160 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tableta 32 mg; 12.5 mg, 32 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tableta 16 mg; 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBYCLOR TABLETA 40 MG; 12.5 MG, 40 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ENTRESTO CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 15 MG; 16 MG, 6 MG; 6 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 100 mg, 12.5 mg; 50 mg, 25 mg; 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 12.5 mg; 40 mg, 10 mg; 25 mg; 40 mg, 5 mg; 12.5 mg; 20 mg, 5 mg; 12.5 mg; 40 mg, 5 mg; 25 mg; 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 20 mg, 12.5 mg; 40 mg, 25 mg; 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>sacubitril/valsartan tableta 24 mg; 26 mg, 49 mg; 51 mg, 97 mg; 103 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<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 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan tableta 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>valsartan tableta 320 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tableta 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hydrochloride inyección 150 mg/3 ml, 50 mg/ml, 900 mg/18 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>amiodarone hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>disopyramide phosphate cápsula 100 mg, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>dofetilide cápsula 125 µg, 250 µg, 500 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>flecainide acetate tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LIDOCAINE HCL IN D5W INYECCIÓN 5 %; 4 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
LIDOCAINE HCL INYECCIÓN 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>lidocaine hcl inyección jeringa precargada 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
MULTAQ TABLETA 400 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
NORPACE CR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pacerone tableta 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>propafenone hcl tableta 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propafenone hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 12 horas 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propafenone hydrochloride tableta 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinidine sulfate tableta 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sotalol hcl tableta 120 mg, 160 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sotalol hydrochloride (af) tableta 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sotalol hydrochloride tableta 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
<i>fenofibrate micronized cápsula 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fenofibrate cápsula 130 mg, 150 mg, 43 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fenofibrate tableta 145 mg, 160 mg, 40 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fenofibric acid dr cápsula de liberación retardada 135 mg, 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gemfibrozil tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-CoA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin cápsula 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lovastatin tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pravastatin sodium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>rosuvastatin calcium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>simvastatin tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine light paquete 4 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cholestyramine light polvo 4 g/dosis</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cholestyramine paquete 4 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diltiazem hcl inyección 50 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>diltiazem hcl tableta 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Cardizem CD, Dilacor XR, y Tiazac) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas (genérico de Cardizem LA) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diltiazem hydrochloride inyección 125 mg/25 ml, 25 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>diltiazem hydrochloride tableta 120 mg, 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>felodipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isradipine cápsula 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>matzim la tableta de liberación prolongada 24 horas 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nicardipine hcl cápsula 20 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nifedipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 30 mg (genérico de Procardia XL), 60 mg (genérico de Procardia XL), 90 mg (genérico de Adalat CC y Procardia XL)</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nifedipine er tableta de liberación prolongada 24 horas (genérico de Adalat CC) 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nisoldipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tiadylt er cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tiadylt er cápsula de liberación prolongada 24 horas 420 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bumetanide tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chlorthalidone tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>furosemide inyección 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>furosemide solución oral 10 mg/ml, 40 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mirtazapine tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrochlorothiazide cápsula 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>indapamide tableta 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methazolamide tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metolazone tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>torsemide tableta 100 mg, 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide cápsula 25 mg; 37.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 37.5 mg, 50 mg; 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VARIOS		
<i>aliskiren tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium tableta 10 mg; 10 mg; 10 mg, 20 mg, 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg, 2.5 mg; 10 mg, 2.5 mg; 20 mg, 2.5 mg; 40 mg, 5 mg; 10 mg, 5 mg; 20 mg, 5 mg; 40 mg, 5 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clonidine hydrochloride tableta 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clonidine parche semanal 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>clonidine parche semanal 0.2 mg/24 h, 0.3 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) MO
CORLANOR SOLUCIÓN 5 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>digoxin inyección 0.25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>digoxin oral solución 0.05 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>digoxin tableta 125 µg, 250 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>digoxin tableta 62.5 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>digox tableta 125 µg, 250 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días)
<i>droxidopa cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>droxidopa cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>droxidopa cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>guanfacine hydrochloride tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>hydralazine hcl inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydralazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride tableta 37.5 mg; 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ivabradine hydrochloride tableta 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metirosine cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>midodrine hydrochloride tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>minoxidil tableta 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ranolazine er tableta de liberación prolongada 12 horas 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VERQUVO TABLETA 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate tableta 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide dinitrate tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide mononitrate er tableta de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NITRO-BID POMADA 2 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitroglycerin parche transdérmico 24 horas 0.1 mg/h, 0.2 mg/h, 0.4 mg/h, 0.6 mg/h</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NITROGLYCERIN INYECCIÓN 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual solución 0.4 mg/aerosol</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitroglycerin tableta sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS TABLETA 0.5 MG, 1.5 MG, 1 MG, 2.5 MG, 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; ACS LD
<i>ambrisentan tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS
<i>bosentan tableta soluble 32 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosentan tableta 62.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosentan tableta 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; ACS LD
<i>epoprostenol sodium inyección 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D; ACS
<i>epoprostenol sodium inyección 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D; ACS
OPSUMIT TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sildenafil citrate (genérico de Revatio) tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS
<i>sildenafil inyección 10 mg/12.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1125 ML por 30 días) PA; ACS
<i>tadalafil (genérico de Adcirca) tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG; 800 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (200 c/u por 28 días) PA; ACS LD
UPTRAVI INYECCIÓN 1800 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
UPTRAVI TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (140 EA por 28 días) PA; ACS LD
UPTRAVI TABLETA 1000 MG, 1200 MG, 1400 MG, 1600 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
WINREVAIR INYECCIÓN (KIT DE 1 AMPOLLA) 45 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 21 días) PA; ACS LD
WINREVAIR INYECCIÓN (KIT DE 2 AMPOLLAS) 45 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 21 días) PA; ACS LD
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ANSIOLÍTICOS		
ALPRAZOLAM INTENSOL CONCENTRADO 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>alprazolam tableta 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>alprazolam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 c/u por 30 días) PA MO; HRM
<i>buspirone hcl tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>buspirone hydrochloride tableta 10 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chlordiazepoxide hcl cápsula 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA MO; HRM
<i>chlordiazepoxide hydrochloride cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lorazepam intensol concentrado 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam inyección 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam tableta 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 c/u por 30 días) PA MO; HRM
<i>oxazepam cápsula 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
ANTIDEMENCIA		
<i>donepezil hcl tableta que se desintegra 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 23 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hydrochloride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide er cápsula de liberación prolongada 24 horas 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide solución 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (200 ML por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide tableta 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>memantine hcl paquete de ajuste de la dosis tableta 10 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (98 c/u por 365 días) PA
<i>emantine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>memantine hydrochloride solución 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (360 ML por 30 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
NAMZARIC CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 10 MG; 14 MG, 10 MG; 21 MG, 10 MG; 28 MG, 10 MG; 7 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rivastigmine tartrate cápsula 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rivastigmine sistema transdérmico parche 24 horas 13.3 mg/24 h, 4.6 mg/24 h, 9.5 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl tableta 100 mg, 150 mg, 25 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>amitriptyline hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>amoxapine tableta 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
AUVELITY TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 105 MG; 45 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tableta de liberación prolongada 24 horas 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tableta 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>clomipramine hydrochloride cápsula 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>desipramine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>desvenlafaxine er tableta (genérico de Pristiq) de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>doxepin hcl cápsula 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>doxepin hcl concentrado 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxepin hydrochloride cápsula 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN RETARDADA 20 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN PROLONGADA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>duloxetine hydrochloride dr (genérico de Cymbalta) cápsula de partículas de liberación retardada 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>duloxetine hydrochloride dr (genérico de Irenka) cápsula con partículas de liberación retardada 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM
EMSAM PARCHE 24 HORAS 12 MG/24 H, 6 MG/24 H, 9 MG/24 H	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>escitalopram oxalate solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 EA por 30 días) MO; HRM
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE TRATAMIENTO CÁPSULA ER 24 HORAS 20 MG; 40 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; HRM
FETZIMA CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 120 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
FETZIMA CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 20 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluoxetine dr cápsula de liberación retardada 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 c/u por 28 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride solución 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluoxetine hydrochloride (genérico de Prozac) tableta 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>imipramine hcl tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>imipramine hydrochloride tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
MARPLAN TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tableta 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tableta 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nefazodone hydrochloride tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nortriptyline hcl cápsula 25 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>nortriptyline hcl solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>nortriptyline hydrochloride cápsula 10 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>paroxetine hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 37.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u 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 c/u por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride suspensión 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>perphenazine/amitriptyline tableta 10 mg; 2 mg, 10 mg; 4 mg, 25 mg; 2 mg, 25 mg; 4 mg, 50 mg; 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>phenelzine sulfate tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>protriptyline hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
RALDESY SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
<i>sertraline hcl concentrado 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hcl tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u 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 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>tranylcypramine sulfate tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trazodone hydrochloride tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trazodone hydrochloride tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trimipramine maleate cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA MO; HRM
TRINTELLIX TABLETA 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
VENLAFAXINE BESYLATE ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 112.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride tableta 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>vilazodone hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ZURZUVAE CÁPSULA 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (14 EA por 14 días) PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZURZUVAE CÁPSULA 20 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 14 días) PA; ACS LD
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>amantadine hcl solución 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amantadine hcl tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>benztropine mesylate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>benztropine mesylate tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>bromocriptine mesylate cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bromocriptine mesylate tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa er tableta de liberación prolongada 25 mg; 100 mg, 50 mg; 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg; 100 mg, 25 mg; 100 mg, 25 mg; 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE TABLETA 12.5 MG; 200 MG; 50 MG, 18.75 MG; 200 MG; 75 MG, 25 MG; 200 MG; 100 MG, 31.25 MG; 200 MG; 125 MG, 37.5 MG; 200 MG; 150 MG, 50 MG; 200 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa/levodopa tableta 10 mg, 100 mg, 25 mg, 100 mg, 25 mg, 250 mg,</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>entacapone tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
INBRIJA CÁPSULA 42 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (300 EA por 30 días) PA; LD
<i>pramipexole dihydrochloride tableta 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>rasagiline mesylate tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 12 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole hcl tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ropinirole hydrochloride tableta 0.25 mg, 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>selegiline hcl cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>selegiline hcl tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trihexyphenidyl hcl solución 0.4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tableta 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 720 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2.4 ML por 56 días) MO
ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 960 MG/3.2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.2 ML por 56 días) MO
ABILIFY MAINTENA INYECCIÓN 300 MG, 400 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (1 c/u por 28 días) MO; HRM
<i>aripiprazole tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole solución 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 2 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
ARISTADA INITIO INYECCIÓN 675 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 1	HRM
ARISTADA INYECCIÓN 441 MG/1.6 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.6 ML por 28 días); HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ARISTADA INYECCIÓN 662 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2.4 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 882 MG/3.2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.2 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 1064 MG/3.9ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.9 ML por 56 días); HRM
<i>asenapine maleate sl tableta sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM
CAPLYTA CÁPSULA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>chlorpromazine hcl inyección 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
<i>chlorpromazine hcl inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>chlorpromazine hcl tableta 100 mg, 10 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrado 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>chlorpromazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 c/u por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
<i>clozapine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días); HRM
<i>clozapine tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días); HRM
COBENFY STARTER PACK PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 50 MG; 20 MG Y 100 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 c/u por 365 días) PA MO
COBENFY CÁPSULA 20 MG; 100 MG, 50 MG; 20 MG, 30 MG; 125 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERZOFRI INYECCIÓN 39 MG/0.25 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.25 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 78 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 117 MG/0.75 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.75 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 156 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 234 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.5 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 351 MG/2.25 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4.5 ML por 365 días)
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS A TABLETA 1 MG; 2 MG; 4 MG; 6 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; HRM
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS B TABLETA 1 MG; 2 MG; 6 MG; 8 MG	\$0 para el Nivel 1	PA
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS C TABLETA 1 MG; 3 MG; 6 MG	\$0 para el Nivel 1	PA
FANAPT TABLETA 10 MG, 12 MG, 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluphenazine decanoate inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluphenazine hcl concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride elixir 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride inyección 2.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol decanoate inyección 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol lactate inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol concentrado 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>haloperidol tableta 0.5 mg, 10 mg, 1 mg, 20 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN 1092 MG/3.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.5 ML por 180 días); HRM
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN 1560 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (5 ML por 180 días); HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 39 MG/0.25 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.25 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 78 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 117 MG/0.75 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.75 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 156 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 234 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 273 MG/0.88 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.88 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 410 MG/1.32 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.32 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 546 MG/1.75 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.75 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 819 MG/2.63 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2.63 ML por 90 días); HRM
<i>loxapine cápsula 10 mg, 25 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tableta 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tableta 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
NUPLAZID CÁPSULA 34 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS HRM LD
NUPLAZID TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS HRM LD
<i>olanzapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olanzapine inyección 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (3 EA por 1 días) MO; HRM
<i>olanzapine tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM
OPIPZA PELÍCULA 2 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA
OPIPZA PELÍCULA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA
<i>paliperidone er tableta de liberación prolongada 24 horas 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paliperidone er tableta de liberación prolongada 24 horas 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>perphenazine tableta 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>pimozide tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quetiapine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>quetiapine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 300 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) MO; HRM
REXULTI TABLETA 3 MG, 4 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
REXULTI TABLETA 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone er inyección 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 c/u por 28 días) MO
<i>risperidone er inyección 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 28 días) MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>risperidone er inyección 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 c/u por 28 días) MO
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone solución 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 0.25 mg, 0.5 mg, 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) MO; HRM
SECUADO PARCHE 24 HORAS 3.8 MG/24 H, 5.7 MG/24 H, 7.6 MG/24 H	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>thioridazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>thiothixene cápsula 10 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>trifluoperazine hcl tableta 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>trifluoperazine hcl tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>trifluoperazine hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
VERSACLOZ SUSPENSIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) PA; HRM
VRAYLAR CÁPSULA 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
VRAYLAR CÁPSULA 1.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>ziprasidone hcl cápsula 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ziprasidone mesylate inyección 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (6 EA por 3 días) MO; HRM
AGENTES ANTICONVULSIVANTES		
APTOM TABLETA 200 MG, 400 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
APTOM TABLETA 600 MG, 800 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
BRIVIACT INYECCIÓN 50 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) PA
BRIVIACT SOLUCIÓN ORAL 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) PA MO
BRIVIACT TABLETA 100 MG, 10 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>carbamazepine er carbamazepine er cápsula de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>carbamazepine er tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>carbamazepine er tableta de liberación prolongada 12 horas 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>carbamazepine suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>carbamazepine tableta masticable 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbamazepine tableta masticable 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>carbamazepine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>clobazam suspensión 2.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>clobazam tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA MO; HRM
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clonazepam tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clorazepate dipotassium tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clorazepate dipotassium tableta 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA MO; HRM
DIACOMIT CÁPSULA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT CÁPSULA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
<i>diazepam intensol concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
DIAZEPAM GEL RECTAL 10 MG, 2.5 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (5 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>diazepam concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam solución oral 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1200 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam tableta 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA MO; HRM
DILANTIN INFATABS TABLETA MASTICABLE 50 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
DILANTIN-125 SUSPENSIÓN 125 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
DILANTIN CÁPSULA 100 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>divalproex sodium dr cápsula con gránulos dispersables de liberación retardada 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>divalproex sodium dr tableta de liberación retardada 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>divalproex sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EPIDIOLEX SOLUCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) PA; ACS LD
EPRONTIA SOLUCIÓN 25 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 30 días) PA MO
<i>eslicarbazepine acetate tableta 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>eslicarbazepine acetate tableta 600 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ethosuximide cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ethosuximide solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>felbamate suspensión 600 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>felbamate tableta 400 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FINTEPLA SOLUCIÓN 2.2 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (360 ML por 30 días) PA; LD
<i>fosphenytoin sodium inyección 100 mg pe/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fosphenytoin sodium inyección 500 mg pe/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FYCOMPA SUSPENSIÓN 0.5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (680 ML por 28 días) PA MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) cápsula 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico Neurontin) cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2160 ML por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) tableta 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide inyección 200 mg/20 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lacosamide solución oral 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1200 ML por 30 días) MO
<i>lacosamide tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lamotrigine er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 250 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamotrigine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamotrigine kit inicial/azul 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lamotrigine starter kit/green kit 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lamotrigine starter kit/orange kit 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lamotrigine tableta masticable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lamotrigine tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levetiracetam er tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LEVETIRACETAM/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 1000 MG/100 ML; 750 MG/100 ML, 500 MG/100 ML; 820 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>levetiracetam/sodium chloride inyección 1000 mg/100 ml; 750 mg/100 ml, 1500 mg/100 ml; 540 mg/100 ml, 500 mg/100 ml; 820 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levetiracetam inyección 500 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levetiracetam solución oral 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levetiracetam tableta 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LIBERVANT PELÍCULA 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methsuximide cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NAYZILAM SOLUCIÓN 5 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>oxcarbazepine suspensión 300 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>oxcarbazepine tableta 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>perampanel tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>perampanel tableta 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>phenobarbital sodium inyección 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; HRM
<i>phenobarbital elixir 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1500 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenobarbital tableta 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenytek cápsula 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>phenytoin sodium extended cápsula 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>phenytoin sodium inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>phenytoin suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>phenytoin tableta masticable 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pregabalin cápsula 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 225 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin solución 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>primidone tableta 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>roweepra tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>rufinamide suspensión 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2760 ML por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 EA por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 c/u por 30 días) PA MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 750 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>subvenite kit inicial/azul 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>subvenite starter kit/green kit 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>subvenite starter kit/orange kit 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>subvenite tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
SYMPAZAN PELÍCULA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA MO; HRM
<i>tiagabine hydrochloride tableta 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>topiramate er cápsula er 24 horas con gránulos dispersables 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>topiramate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>topiramate cápsula con gránulos dispersables 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>topiramate solución 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 30 días) PA MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>topiramate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>valproate sodium inyección 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>valproic acid cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>valproic acid solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VALTOCO 10 MG DOSE LÍQUIDO 10 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO 15 MG DOSE LÍQUIDO PAQ. DE TRATAMIENTO 7.5 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO 20 MG DOSE PAQ. DE TRATAMIENTO LÍQUIDO 10 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1 ML LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>vigabatrin paquete 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>vigabatrin tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>vigadrone paquete 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>vigadrone tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 c/u por 30 días) PA; LD
VIGAFYDE SOLUCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (750 ML por 30 días) PA; LD
XCOPRI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE TRATAMIENTO TABLETA 12.5 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días)
XCOPRI TABLETA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS 150 MG; 200 MG; 50 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días)
XCOPRI TABLETA PAQUETE PARA TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO 150 MG; 100 MG, 200 MG; 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XCOPRI TABLETA 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
XCOPRI TABLETA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ZONISADE SUSPENSIÓN 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>zonisamide cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>zonisamida cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
ZTALMY SUSPENSIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1100 ML por 30 días) PA; LD
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN		
<i>amphetamine/dextroamphetamine cápsula de liberación prolongada 24 horas 1.25 mg; 1.25 mg; 1.25 mg, 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg, 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg, 5 mg; 5 mg; 5 mg; 5 mg, 6.25 mg; 6.25 mg; 6.25 mg, 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tableta 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine hydrochloride cápsula 10 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl er cápsula de liberación prolongada 24 horas 20 mg, 35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cdexmethylphenidate hydrochloride cápsula de liberación prolongada 24 horas, 25 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>guanfacine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>guanfacine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>lisdexamfetamine dimesylate cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lisdexamfetamine dimesylate tableta masticable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd) cápsula de liberación prolongada (genérico de Metadate CD) 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (la) cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Ritalin LA) 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (la) cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Ritalin LA) 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER (OSM) TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA (GENÉRICO DE RELEXXI) 45 MG, 63 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tableta de liberación prolongada (genérico de Concerta) 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg (genérico de Relexxi) 72 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylphenidate hydrochloride</i> er tableta de liberación prolongada (genérico de Metadate ER y Ritalin SR) 10 mg, 20 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride</i> solución 5 mg/5 ml	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride</i> solución 10 mg/5 ml	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride</i> tableta masticable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride</i> tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>zenzedi</i> tableta 10 mg, 5 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (180 c/u por 30 días)
HIPNÓTICOS		
DAYVIGO TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>doxepin hydrochloride</i> tableta 3 mg, 6 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tasimelteon</i> cápsula 20 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS
<i>temazepam</i> cápsula 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>triazolam</i> tableta 0.125 mg, 0.25 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA MO; HRM
<i>zaleplon</i> cápsula 5 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zaleplon</i> cápsula 10 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA MO; HRM
<i>zolpidem tartrate</i> tableta 10 mg, 5 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
MIGRAÑA		
AIMOVIG INYECCIÓN 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 30 días) PA; ACS
<i>dihydroergotamine mesylate</i> inyección 1 mg/ml	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>dihydroergotamine mesylate</i> solución nasal 4 mg/ml	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 30 días) PA MO
<i>eletriptan hydrobromide</i> tableta 20 mg, 40 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (12 c/u por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ergotamine tartrate/cafeine tableta 100 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (40 c/u por 28 días) PA MO
<i>naratriptan hcl tableta 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (9 c/u por 30 días) MO
NURTEC TABLETA QUE SE DESINTEGRA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (16 c/u por 30 días) PA MO
QULIPTA TABLETA 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 c/u por 30 días) MO
<i>rizatriptan benzoate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 c/u por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate resurtido de inyección 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate inyección 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (9 c/u por 30 días) MO
<i>sumatriptan solución 20 mg/pulverización, 5 mg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 c/u por 30 días) MO
UBRELVY TABLETA 100 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (16 EA por 30 días) PA MO
VARIOS		
AUSTEDO XR PAQ. DE AJUSTE DE LA DOSIS PARA EL PACIENTE, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE TRATAMIENTO 12 MG; 18 MG; 24 MG; 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 c/u por 365 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 12 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48°MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 24 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AUSTEDO TABLETA 12 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLETA 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>lithium carbonate er tableta de liberación prolongada 300 mg, 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	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 para el Nivel 1	MO
NUEDEXTA CÁPSULA 20 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tableta de liberación prolongada 24 horas 330 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tableta de liberación prolongada 24 horas 165 mg, 82.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pyridostigmine bromide er tableta de liberación prolongada 180 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pyridostigmine bromide tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>riluzole tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tetrabenazine tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
<i>tetrabenazine tableta 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BAFIERTAM CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 95 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA; ACS LD
BETASERON INYECCIÓN 0.3 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (14 c/u por 28 días) PA; ACS
<i>dalfampridine er tableta de liberación prolongada 12 horas 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>fingolimod hydrochloride cápsula 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS
<i>glatiramer acetate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glatiramer acetate inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
<i>glatopa inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i>glatopa inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
KESIMPTA INYECCIÓN 20 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (6.4 ML por 365 días) PA; ACS LD
<i>teriflunomide tableta 14 mg, 7 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES		
<i>baclofen tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>baclofen tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clorzoxazone tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA MO; HRM
<i>dantrolene sodium cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tizanidine hcl tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tizanidine hydrochloride cápsula 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tizanidine hydrochloride tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA		
<i>armodafinil tableta 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>armodafinil tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
SODIUM OXYBATE SOLUCIÓN 500 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (540 ML por 30 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>varenicline tartrate tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VIVITROL INYECCIÓN 380 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS		
<i>ANDRÓGENOS</i>		
<i>danazol cápsula 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methyltestosterone cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>testosterone cypionate inyección 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>testosterone enanthate inyección 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>testosterone pump gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 G por 30 días) MO
<i>testosterone gel 10 mg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>testosterone gel 25 mg/2.5 g, 50 mg/5 g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 G por 30 días) MO
<i>testosterone solución 30 mg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS</i>		
BD ALCOHOL SWABS	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA II/0.3 ML/31G X 5/16"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD INSULIN JERINGA SAFETYGLIDE/1 ML/29 G X 1/2"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA/0.5 ML/30 G X 1/2"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA/1 ML/31 G X 5/16"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD PEN AGUJA/ORIGINAL/ULTRAFINA/29 G X 1/2"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD PEN VARIOS	\$0 para el Nivel 1	MO
BD VEO INSULIN JERINGA ULTRAFINA/0.3 ML/31 G X 15/64"	\$0 para el Nivel 1	PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLIN R INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
NOVOLOG FLEXPEN RELION INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLOG FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN INYECCIÓN PRECARGADA 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLOG MIX 70/30 INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLOG PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLOG RELION INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
NOVOLOG INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
SOLQUA 100/33 INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML; 33 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (15 ML por 25 días) MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR INYECCIÓN 300 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
TOUJEO SOLOSTAR INYECCIÓN 300 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
XULTOPHY 100/3.6 INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML; 3.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (15 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
FARXIGA TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>glimepiride tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glimepiride tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glipizide er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glipizide er tableta de liberación prolongada 24 horas 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide/metformin hydrochloride tableta 2.5 mg; 500 mg, 5 mg; 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide/metformin hydrochloride tableta 2.5 mg; 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
GLYXAMBI TABLETA 10 MG; 5 MG, 25 MG; 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 1000 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TABLETA LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 1000 MG; 50 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUMET TABLETA 1000 MG; 50 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUVIA TABLETA 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JARDIANCE TABLETA 10 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) ST MO
JENTADUETO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 2.5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
JENTADUETO TABLETA 2.5 MG; 1000 MG, 2.5 MG; 500 MG, 2.5 MG; 850 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Glucophage XR) tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Glucophage XR) tableta de liberación prolongada 24 horas 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Fortamet y Glumetza) tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA MO
<i>metformin hydrochloride tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tableta 1000 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 c/u por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tableta 850 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>miglitol tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
MOUNJARO INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2 ML por 28 días) PA MO
MOUNJARO INYECCIÓN 2.5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 365 días) PA
<i>nateglinide tableta 120 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
OZEMPIC INYECCIÓN 2 MG/3 ML, 4 MG/3 ML, 8 MG/3 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3 ML por 28 días) PA MO
<i>pioglitazone hcl-glimepiride tableta 2 mg; 30 mg, 4 mg; 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl tableta 500 mg; 15 mg, 850 mg; 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl tableta 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hydrochloride tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
RYBELSUS TABLETA 3 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA
RYBELSUS TABLETA 14 MG, 7 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
SYMLINPEN 120 INYECCIÓN 2700 MG/2.7 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (10.8 ML por 30 días) PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYMLINPEN 60 INYECCIÓN 1500 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (6 ML por 30 días) PA MO
TRADJENTA TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 10 MG; 5 MG; 1000 MG, 25 MG; 5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 12.5 MG; 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 2.5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
TRULICITY INYECCIÓN 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2 ML por 28 días) PA MO
XIGDUO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 10 MG; 1000 MG, 10 MG; 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
XIGDUO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 1000 MG, 5 MG; 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium solución 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 c/u por 28 días) MO
BONSITY INYECCIÓN 560 MG/2.24 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>calcitonin-salmon solución 200 unidades/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ibandronate sodium inyección 3 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (3 ML por 90 días) MO
<i>ibandronate sodium tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1 c/u por 30 días) MO
PAMIDRONATE DISODIUM INYECCIÓN 6 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>pamidronate disodium inyección 30 mg/10 ml, 90 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>risedronate sodium dr tableta de liberación retardada 35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 c/u por 28 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>risedronate sodium tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 30 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>teriparatide inyección (marca Alvogen) 560 µg/2.24 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
WYOST INYECCIÓN 120 MG/1.7 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ZOLEDRONIC ACID INYECCIÓN 4 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>zoledronic acid inyección 4 mg/5 ml, 5 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>deferasirox paquete 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>deferasirox tabs. solubles 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>deferasirox tabs. solubles 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>deferasirox tableta 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>deferasirox tableta 180 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>kionex suspensión 15 g/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
LOKELMA PAQUETE 10 G	\$0 para el Nivel 1	QL (34 EA por 30 días) MO
LOKELMA PAQUETE 5 G	\$0 para el Nivel 1	QL (96 c/u por 30 días) MO
<i>penicillamine tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>sodium polystyrene sulfonate polvo</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sps combinación suspensión 15 g/60 ml, 15 g/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trientine hydrochloride cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ANTICONCEPTIVOS		
<i>afirmelle tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>altavera tableta 30 µg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>alyacen 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>alyacen 7/7/7 tableta 0.5 mg; 075 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>amethyst tableta 20 µg; 90 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>apri tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aranelle tableta 0.5 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ashlyna tableta 0.15 mg; 0.01 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aubra eq tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>aurovela fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>aviane tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ayuna tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>azurette tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>balziva tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>blisovi 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>blisovi fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>blisovi fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>briellyn tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>camila tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
CAMRESE LO TABLETA 0.1 MG; 0.02 MG; 0.01 MG	\$0 para el Nivel 1	
CAMRESE TABLETA 0.15 MG; 0.03 MG; 0.01 MG	\$0 para el Nivel 1	
<i>charlotte 24 fe tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>chateal eq tableta 30 µg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cryselle-28 tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cyred eq tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>dasetta 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>dasetta 7/7/7 tableta 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>daysee tableta 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>deblitane tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>delyla tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INYECCIÓN 104 MG/0.65 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dolishale tableta 20 µg; 90 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium tableta 3 mg; 0.02 mg; 0.451 mg, 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tableta 3 mg; 0.02 mg, 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>elimest tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>eluryng anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>emzahh tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enilloring anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enskyce tableta 0.15 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>errin tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>estarylla tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol tableta 50 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>falmina tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>feirza 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>feirza 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>finzala tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>galbriela tableta masticable 25 µg; 75 mg; 0.8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>hailey 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hailey 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>hailey fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>hailey fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>haloette anillo 0.015 mg/24 horas; 0.12 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>heather tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>iclevia tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>incassia tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>introvale tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>isibloom tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>jaimiess tableta 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>jasmiel tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>jencycla tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
JOLESSA TABLETA 0.03 MG; 0.15 MG	\$0 para el Nivel 1	
<i>juleber tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>junel 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>junel 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>junel fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>junel fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>junel fe 24 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>kaitlib fe tableta masticable 25 µg; 75 mg; 0.8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>kalliga tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>kariva tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kelnor 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>kurvelo tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>larin 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>larin 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>larin 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>larin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>larin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lessina tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levonest tableta 0.05 mg; 0.075 mg; 0.125 mg; 0.03 mg; 0.04 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tableta 0.1 mg; 0.02 mg; 0.01 mg; 20 µg; 90 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tableta 0.05 mg; 0.03 mg; 0.075 mg; 0.04 mg; 0.125 mg, 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg, 0.15; 0.02 mg; 0.025 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tableta 0.03 mg; 0.15 mg, 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg, 0.15 mg; 0.02 mg; 0.15 mg; 0.02 mg, 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg, 0.05 mg; 0.03 mg; 0.075 mg; 0.04 mg, 0.125 mg; 0.03 mg, 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levora 0.15/30-28 tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
LILETTA DISPOSITIVO INTRAUTERINO 20.1 MG/DÍA	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
<i>lo-zumandimine tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>loestrin 1.5/30-21 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>loestrin 1/20-21 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loestrin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>loestrin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lojaimiess tableta 0.1 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>loryna tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>low-ogestrel tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>luteru tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lyleq tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lyza tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>marlissa tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>medroxyprogesterone acetate inyección 150 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>meleya tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>mibelas 24 fe tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>microgestin 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>microgestin 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>microgestin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>microgestin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>mili tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>mono-lynyah tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>necon 0.5/35-28 tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NEXPLANON INYECCIÓN 68 MG	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
<i>nikki tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
NORA-BE TABLETA 0.35 MG	\$0 para el Nivel 1	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol parche semanal 35 µg/24 h; 150 µg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta 1 mg; 20 µg; 75 mg, 1 mg, 20 µg; 30 µg; 35 µg; 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tableta 20 µg; 1 mg, 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norgestimate/ethinyl estradiol tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg, 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norlyroc tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nortrel 1/35 tratamiento de 28 días</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nortrel 1/35 tratamiento de 21 días</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nortrel 7/7/7 tableta 35 µg; 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nylia 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>nylia 7/7/7 tableta 35 µg; 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
OCELLA TABLETA 3 MG; 0.03 MG	\$0 para el Nivel 1	
<i>orquidea tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>orsythia tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tri-lo-marzia</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-lo-mili</i> tableta 0.180 mg; 0.215 mg; 0.250 mg; 0.025 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tri-lo-sprintec</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.25 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-mili</i> tableta 0.180 mg; 0.215 mg; 0.250 mg; 0.035 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-sprintec</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-vylibra lo</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-vylibra</i> tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>turqoz</i> tableta 30 µg; 0.3 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>tydemy</i> tableta 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>valtya 1/50</i> tableta 50 µg; 1 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>velivet</i> tableta 0.1 mg; 0.125 mg; 0.15 mg; 0.025 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>vestura</i> tableta 3 mg; 0.02 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>vienva</i> tableta 20 µg; 0.1 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>vioarele</i> tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>volnea</i> tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>vyfemla</i> tableta 35 µg; 0.4 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>vylibra</i> tableta 35 µg; 0.25 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>wera</i> tableta 35 µg; 0.5 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>wymzya fe</i> tableta masticable 35 µg; 0.4 mg; 75 mg	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>xarah fe tableta 20 µg; 30 µg; 35 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>xelria fe tableta masticable 35 µg; 75 mg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>xulane parche semanal 35 µg/24 h; 150 µg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>zafemy parche semanal 35 µg/24 h; 150 µg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>zovia 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>zumandimine tableta 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
ESTRÓGENOS		
<i>abigale lo tableta 0.5 mg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>abigale tableta 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>dotti parche dos veces por semana 0.025 mg/24 h, 0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 c/u por 28 días)
<i>DUAVEE TABLETA 20 MG; 0.45 MG</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol valerate inyección 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol/norethindrone acetate tableta 0.5 mg; 0.1 mg, 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol crema 0.1 mg/g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol parche dos veces por semana 0.025 mg/24 h, 0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>estradiol parche semanal 0.025 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.06 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h, 37.5 µg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>estradiol tableta oral 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol tableta vaginal 10 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESTRING ANILLO 7.5 MG/24 H	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 90 días) MO
<i>fyavolv tableta 2.5 µg; 0.5 mg, 5 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>jinteli tableta 5 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>lyllana parche dos veces por semana 0.025 mg/24 h, 0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 c/u por 28 días)
<i>mimvey tableta 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tableta 2.5 µg; 0.5 mg, 5 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PREMARIN CREMA 0.625 MG/G	\$0 para el Nivel 1	MO
PREMARIN INYECCIÓN 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
PREMARIN TABLETA 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
PREMPRO TABLETA 0.3 MG; 1.5 MG, 0.45 MG; 1.5 MG, 0.625 MG; 2.5 MG, 0.625 MG; 5 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>yuvafem tableta 10 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
GLUCOCORTICOIDES		
DEXAMETHASONE INTENSOL	\$0 para el Nivel 1	MO
CONCENTRADO 1 MG/ML		
<i>dexamethasone sodium phosphate inyección 100 mg/10 ml, 10 mg/ml, 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dexamethasone elixir 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dexamethasone solución 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dexamethasone tableta 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fludrocortisone acetate tableta 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone sodium succinate inyección 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methylprednisolone acetate inyección 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>methylprednisolone paq. de dosis tableta paq. de tratamiento 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inyección 1000 mg, 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inyección 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>methylprednisolone tableta 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate solución oral 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate solución oral 25 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisolone solución 15 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
PREDNISONE INTENSOL CONCENTRADO 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisone solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prednisone tableta paq. de tratamiento 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>prednisone tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 20 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
SOLU-CORTEF INYECCIÓN 1000 MG, 100 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide inyección 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
AGENTES HIPERGLUCEMIANTES		
<i>diazoxide suspensión 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ZEGALOGUE INYECCIÓN 0.6 MG/0.6 ML	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VARIOS		
<i>acetylcysteine inyección 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>betaine anhydrous polvo 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>cabergoline tableta 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carglumic acid tableta soluble 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
CERDELGA CÁPSULA 84 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días); ACS
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días); ACS
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días); ACS
CYSTAGON CÁPSULA 150 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>desmopressin acetate inyección 4 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>desmopressin acetate solución nasal 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>desmopressin acetate tableta 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fomepizole inyección 1.5 g/1.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
GENOTROPIN MINQUICK INYECCIÓN 0.2 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
GENOTROPIN MINQUICK INYECCIÓN 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
GENOTROPIN INYECCIÓN 12 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
INCRELEX INYECCIÓN 40 MG/4 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>javygtor paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>javygtor tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
<i>levocarnitine inyección 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>levocarnitine solución oral 1 g/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levocarnitine tableta 330 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LUPRON DEPOT-PED (1 MES) INYECCIÓN 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES) INYECCIÓN 11.25 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
LUPRON DEPOT-PED (6 MESES) INYECCIÓN 45 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>methergine tableta 0.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>methylergonovine maleate tableta 0.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mifepristone tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>nitisinona cápsula 10 mg, 20 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 100 µg/ml, 200 µg/ml, 50 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 1000 µg/ml, 500 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>raloxifene hydrochloride tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
REVCovi INYECCIÓN 2.4 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
REZDIFFRA TABLETA 100 MG; 60 MG; 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS LD
<i>sapropterin dihydrochloride paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>sapropterin dihydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
SIGNIFOR INYECCIÓN 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium phenylbutyrate polvo 3 g/cda.</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>sodium phenylbutyrate tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
SOMATULINE DEPOT INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML, 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
SOMAVERT INYECCIÓN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
SYNAREL SOLUCIÓN 2 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tolvaptan tablet therapy pack 15 mg; 15 mg, 30 mg; 15 mg, 45 mg; 15 mg, 60 mg; 30 mg, 90 mg; 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (56 c/u por 28 días) PA
<i>tolvaptan tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA; ACS LD
VEOZAH TABLETA 45 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
PROGESTINAS		
<i>gallifrey tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>medroxyprogesterone acetate tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>megestrol acetate suspensión 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>megestrol acetate suspensión 625 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>norethindrone acetate tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>progesterone cápsula 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>progesterone inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
AGENTES TIROIDEOS		
<i>levo-t tableta 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 300 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/ML, 500 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/5 ML, 200 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	
<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>liothyronine sodium inyección 10 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>liothyronine sodium tableta 25 µg, 50 µg, 5 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methimazole tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propylthiouracil tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
SYNTHROID TABLETA 100 MG, 112 MG, 125 MG, 137 MG, 150 MG, 175 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG, 88 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>unithroid tableta 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	
ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D		
<i>calcitriol cápsula 0.25 µg, 0.5 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>calcitriol inyección 1 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>calcitriol oral solución 1 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>doxercalciferol inyección 4 µg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>paricalcitol cápsula 1 µg, 2 µg, 4 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>paricalcitol inyección 2 µg/ml, 5 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
GASTROINTESTINALES		
ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant cápsula paq. de tratamiento, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aprepitant cápsula 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>compro supositorio 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
DIMENHYDRINATE INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>dronabinol cápsula 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
EMEND SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 125 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>granisetron hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) B/D MO
<i>meclizine hcl tableta 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>meclizine hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide hcl solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide hydrochloride inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoclopramide tabs. bucodispersables que se desintegran 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ondansetron hcl solución 4 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) B/D MO
<i>ondansetron hcl tableta 24 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>ondansetron hydrochloride inyección 40 mg/20 ml, 4 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ondansetron hydrochloride tableta 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>ondansetron tabs. bucodispersables que se desintegran 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>prochlorperazine edisylate inyección 10 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>prochlorperazine maleate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LAXANTES		
CLENPIQ SOLUCIÓN 12 G/175 ML; 3.5 G/175 ML, 10 MG/175 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
constulose solución 10 g/15 ml	\$0 para el Nivel 1	
enuose solución 10 g/15 ml	\$0 para el Nivel 1	MO
gavilyte-c solución reconstituida 240 g; 2.98 g; 6.72 g; 5.84 g; 22.72 g	\$0 para el Nivel 1	MO
gavilyte-g solución reconstituida 236 g; 2.97 g; 6.74 g; 5.86 g; 22.74 g	\$0 para el Nivel 1	MO
gavilyte-n/paquete saborizado solución reconstituida 420 g; 1.48 g; 5.72 g; 11.2 g	\$0 para el Nivel 1	
generlac solución 10 g/15 ml	\$0 para el Nivel 1	
kristalose paquete 10 g, 20 g	\$0 para el Nivel 1	PA
lactulose paquete 10 g, 20 g	\$0 para el Nivel 1	PA MO
lactulose solución 10 g/15 ml	\$0 para el Nivel 1	MO
peg-3350/electrolytes solución reconstituida 236 g; 2.97 g; 6.74 g; 5.86 g; 22.74 g	\$0 para el Nivel 1	MO
peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solución reconstituida 420 g; 1.48 g; 5.72 g; 11.2 g	\$0 para el Nivel 1	MO
PLENVU SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 7.54 G; 140 G; 2.2 G; 48.11 G; 5.2 G; 9 G	\$0 para el Nivel 1	MO
SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/MAGNESIUM SULFATE SOLUCIÓN 1.6 G/177 ML; 3.13 G/177 ML; 17.5 G/177 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL SOLUCIÓN 1.6 G/177 ML; 3.13 G/177 ML; 17.5 G/177 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
SUTAB TABLETA 225 MG; 188 MG; 1479 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
VARIOS		
alosetron hydrochloride tableta 0.5 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>alosetron hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
CREON CÁPSULA CON PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA 120000 UNIDADES; 24000 UNIDADES; 76000 UNIDADES, 15000 UNIDADES; 3000 UNIDADES; 9500 UNIDADES, 180000 UNIDADES; 36000 UNIDADES; 114000 UNIDADES, 30000 UNIDADES; 6000 UNIDADES; 19000 UNIDADES, 60000 UNIDADES; 12000 UNIDADES; 38000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cromolyn sodium concentrado 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate tableta 0.025 mg; 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<i>diphenoxylate/atropine líquido 0.025 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
GATTEX INYECCIÓN 5 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
LINZESS CÁPSULA 145 MG, 290 MG, 72 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>loperamide hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>misoprostol tableta 100 µg, 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
MOVANTIK TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
MOVANTIK TABLETA 12.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sucralfate suspensión 1 g/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sucralfate tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ursodiol cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ursodiol tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pantoprazole sodium inyección 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación retardada 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rabeprazole sodium tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
GENITOURINARIOS		
<i>HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA</i>		
<i>alfuzosin hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride cápsula 0.5 mg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride cápsula 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>finasteride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>silodosin cápsula 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>tadalafil (genérico de Cialis) tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>tamsulosin hydrochloride cápsula 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>VARIOS</i>		
<i>acetic acid 0.25 % solución 0.25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bethanechol chloride tableta 10 mg, 25 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium citrate er tableta de liberación prolongada 540 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium citrate er tableta de liberación prolongada 1080 mg, 15 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS</i>		
<i>fesoterodine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
GEMTESA TABLETA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MYRBETRIQ SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA ER 8 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 28 días) MO
MYRBETRIQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 25 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>oxybutynin chloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>solifenacin succinate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>tropium chloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tropium chloride tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole gel vaginal 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>miconazole 3 supositorio 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terconazole crema 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terconazole supositorio 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate cápsula 110 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dabigatran etexilate cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ELIQUIS PAQ. INICIAL DE TRATAMIENTO 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (74 c/u por 30 días) MO
ELIQUIS TABLETA 2.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (74 c/u por 30 días) MO
<i>enoxaparin sodium inyección 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 300 mg/3 ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fondaparinux sodium inyección 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fondaparinux sodium inyección 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FRAGMIN INYECCIÓN 10000 UNIDADES/4 ML	\$0 para el Nivel 1	
FRAGMIN INYECCIÓN 2500 UNIDADES/0.2 ML, 95000 UNIDADES/3.8 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
FRAGMIN INYECCIÓN 10000 UNIDADES/ML, 12500 UNIDADES/0.5 ML, 15000 UNIDADES/0.6 ML, 18000 UNIDADES/0.72 ML, 5000 UNIDADES/0.2 ML, 7500 UNIDADES/0.3 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
HEPARIN SODIUM/D5W INYECCIÓN 5 %; 100 UNIDADES/ML, 5 %; 25000 UNIDADES/500 ML, 5 %; 40 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE INYECCIÓN 5 %; 25000 UNIDADES/250 ML	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 % INYECCIÓN 12500 UNIDADES/250 ML; 0.45 %, 25000 UNIDADES/250 ML; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 25000 UNIDADES/250 ML; 0.45 %, 25000 UNIDADES/500 ML; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
HEPARIN SODIUM INYECCIÓN 5000 UNIDADES/0.5 ML, 5000 UNIDADES/ML PF	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>heparin sodium inyección 10000 unidades/ml, 1000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/0.5 ml pf, 5000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>jantoven tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>rivaroxaban suspensión reconstituida 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (620 ML por 30 días)
<i>rivaroxaban tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>warfarin sodium tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
XARELTO PAQ. INICIAL TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 15 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (51 c/u por 30 días) MO
XARELTO SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (620 ML por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 2.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO		
PROCRIT INYECCIÓN 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
PROCRIT INYECCIÓN 20000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
ZARXIO INYECCIÓN 300 MG/0.5 ML, 480 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
VARIOS		
ALVAIZ TABLETA 54 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
ALVAIZ TABLETA 18 MG, 36 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; ACS
<i>anagrelide hydrochloride cápsula 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BERINERT INYECCIÓN 500 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	QL (24 c/u por 30 días) PA; ACS LD
<i>cilostazol tableta 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HAEGARDA INYECCIÓN 3000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	QL (20 EA por 30 días) PA; ACS LD
HAEGARDA INYECCIÓN 2000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS LD
<i>icatibant acetate inyección 30 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (27 ML por 30 días) PA; ACS
<i>l-glutamine paq. 5 g</i>	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
<i>pentoxifylline er tableta de liberación prolongada 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sajazir inyección 30 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (27 ML por 30 días) PA; LD
SIKLOS TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	PA MO
SIKLOS TABLETA 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	PA MO
TAVNEOS CÁPSULA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 c/u por 30 días) PA; LD
<i>tranexamic acid/sodium chloride inyección 0.7 %; 1000 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tranexamic acid inyección 1000 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tranexamic acid tableta 650 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole er cápsula de liberación prolongada 12 horas 25 mg; 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>clopidogrel tableta 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>clopidogrel tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 c/u por 365 días) MO
<i>dipyridamole tableta 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>prasugrel hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ticagrelor tableta 60 mg, 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
<i>AGENTES AUTOINMUNITARIOS</i>		
BIMZELX INYECCIÓN 160 MG/ML, 320 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
DUPIXENT INYECCIÓN 200 MG/1.14 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4.56 ML por 28 días) PA; ACS
DUPIXENT INYECCIÓN 300 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL MINI INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL SURECLICK INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML, 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
HADLIMA PUSHTOUCH INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA PUSHTOUCH INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (44.8 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (44.8 ML por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 10 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (26 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 20 MG/0.2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (52 c/u por 365 días) PA; ACS
KINERET INYECCIÓN 100 MG/0.67 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (18.76 ML por 28 días) PA; LD
PYZCHIVA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
RINVOQ LQ SOLUCIÓN 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (360 ML por 30 días) PA; ACS
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 45 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (168 EA por 365 días) PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 15 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS
SKYRIZI PEN INYECCIÓN 150 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 180 MG/1.2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1.2 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 600 MG/10 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 360 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2.4 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 150 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
SOTYKTU TABLETA 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS LD
STELARA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
STELARA INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
STELARA INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
TREMIFYA PAQ. DE INDUCCIÓN PARA ENFERMEDAD DE CROHN INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TREMIFYA INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TREMIFYA INYECCIÓN 200 MG/20 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (20 ML por 28 días) PA; ACS
TREMIFYA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIÓN 162°MG/0.9°ML	\$0 para el Nivel 1	QL (3.6 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIÓN 200°MG/10°ML, 400°MG/20°ML, 80°MG/4°ML	\$0 para el Nivel 1	QL (40 ML por 28 días) PA; ACS
USTEKINUMAB INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
USTEKINUMAB INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
USTEKINUMAB INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VELSIPITY TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS LD
XELJANZ XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 11 MG, 22 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 c/u por 30 días) PA; ACS
XELJANZ SOLUCIÓN 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (480 ML por 24 días) PA; ACS
XELJANZ TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)		
<i>hydroxychloroquine sulfate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
JYLAMVO SOLUCIÓN 2 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>leflunomide tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methotrexate sodium tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
XATMEP SOLUCIÓN 2.5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
INMUNOGLOBULINAS		
GAMASTAN INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	B/D; ACS LD
GAMMAKED INYECCIÓN 10 G/100 ML, 1 G/10 ML, 20 G/200 ML, 5 G/50 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
GAMUNEX-C INYECCIÓN 10 G/100 ML, 1 G/10 ML, 2.5 G/25 ML, 20 G/200 ML, 40 G/400 ML, 5 G/50 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
OCTAGAM INYECCIÓN 10 G/100 ML, 10 G/200 ML, 2.5 G/50 ML, 20 G/200 ML, 2 G/20 ML, 30 G/300 ML, 5 G/100 ML, 5 G/50 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRIVIGEN INYECCIÓN 10 G/100 ML, 20 G/200 ML, 40 G/400 ML, 5 G/50 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE INYECCIÓN 100 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ARCALYST INYECCIÓN 220 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 0.5 MG, 1 MG	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
ASTAGRAF XL CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 5 MG	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
AZATHIOPRINE INYECCIÓN 100 MG	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>azathioprine tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
BENLYSTA INYECCIÓN 200 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>cyclosporine modified cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>cyclosporine modified solución 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>cyclosporine cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>everolimus tableta 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>everolimus tableta 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>engraf cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil suspensión reconstituida 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mycophenolic acid dr tableta de liberación retardada 180 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
NULOJIX INYECCIÓN 250 MG	\$0 para el Nivel 1	B/D
PROGRAF PAQ. 0.2 MG, 1 MG	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
REZUROCK TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
<i>sirolimus solución 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>sirolimus tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>tacrolimus cápsula 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
VACUNAS		
ABRYSVO INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 999 días) PA
ACTHIB INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
ADACEL INYECCIÓN 2 LF/0.5 ML; 15.5 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
AREXVY INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 c/u por 999 días) PA
BCG VACUNA INYECCIÓN 50 MG	\$0 para el Nivel 1	
BEXSERO INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
BOOSTRIX INYECCIÓN 2.5 LF/0.5 ML; 18.5 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
DAPTACEL INYECCIÓN 15 LF/0.5 ML; 23 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
DENG VAXIA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
ENGERIX-B INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
GARDASIL 9 INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
HAVRIX INYECCIÓN 1440 ELU/ML, 720 ELU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



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

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

DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE N.º 48 VIAFLEX INYECCIÓN 24 MEQ/L; 5 %; 23 MEQ/L; 3 MEQ/L; 3 MEQ/L; 20 MEQ/L; 25 MEQ/L	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 % INYECCIÓN 10 %; 0.2 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 10 %; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 2.5 %; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS INYECCIÓN 2.7 MEQ/L; 109 MEQ/L; 5 %; 28 MEQ/L; 4 MEQ/L; 130 MEQ/L	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 % INYECCIÓN 5 %; 0.2 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 % inyección 5 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.33 % INYECCIÓN 5 %; 0.33 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 % INYECCIÓN 5 %; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dextrose/sodium chloride inyección 5 %; 0.225 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5 % INYECCIÓN 23 MEQ/L; 23 MEQ/L; 5 %; 3 MEQ/L; 3 MEQ/L; 20 MEQ/L; 25 MEQ/L	\$0 para el Nivel 1	
ISOLYTE-S PH 7.4 INYECCIÓN 27 MEQ/1000 ML; 98 MEQ/1000 ML; 23 MEQ/1000 ML; 3 MEQ/1000 ML; 1 MEQ/1000 ML; 5 MEQ/1000 ML; 141 MEQ/1000 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
ISOLYTE-S INYECCIÓN 27 MEQ/L; 98 MEQ/L; 23 MEQ/L; 3 MEQ/L; 5 MEQ/L; 140 MEQ/L	\$0 para el Nivel 1	B/D



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KCL 0.075 %/D5W/NACL 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 10 MEQ/L; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.2 % INYECCIÓN 5 %; 20 MEQ/L; 0.2 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 20 MEQ/L; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.9 % INYECCIÓN 5 %; 20 MEQ/L; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 40 MEQ/L; 0.45 %	\$0 para el Nivel 1	
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.9 % INYECCIÓN 5 %; 40 MEQ/L; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>lactated ringers inyección 3 meq/l; 109 meq/l; 28 meq/l; 4 meq/l; 130 meq/l</i>	\$0 para el Nivel 1	
MAGNESIUM SULFATE INYECCIÓN 20 G/500 ML, 40 G/1000 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>magnesium sulfate inyección 2 g/50 ml, 4 g/100 ml, 4 g/50 ml, 50 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>inyección de electrolitos múltiples tipo 1: 27 meq/l, 98 meq/l, 23 meq/l, 3 meq/l, 5 meq/l, 140 meq/l</i>	\$0 para el Nivel 1	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 5 %; 0.15 %; 0.225 %, 5 %; 10 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 20 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 20 MEQ/L; 0.9 %, 5 %; 30 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 40 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 40 MEQ/L; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE INYECCIÓN 5 %; 10 MEQ/L, 5 %; 20 MEQ/L	\$0 para el Nivel 1	
POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 40 MEQ/L; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>potassium chloride/sodium chloride inyección 20 meq/l; 0.45 %, 20 meq/l; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
POTASSIUM CHLORIDE INYECCIÓN 0.4 MEQ/ML, 10 MEQ/100 ML, 10 MEQ/50 ML, 20 MEQ/100 ML, 40 MEQ/100 ML	\$0 para el Nivel 1	
<i>potassium chloride inyección 2 meq/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RINGERS INYECCIÓN 4.5 MEQ/L; 156 MEQ/L; 4 MEQ/L; 147 MEQ/L	\$0 para el Nivel 1	
SODIUM BICARBONATE INYECCIÓN 7.5 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>sodium bicarbonate inyección 4.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>sodium bicarbonate inyección 8.4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium chloride 0.45 % inyección 0.45 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 2.5 MEQ/ML, 5 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium chloride inyección 0.9 %, 3 %, 4 meq/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TPN ELECTROLYTES INYECCIÓN 29.5 MEQ/20 ML; 4.5 MEQ/20 ML; 35 MEQ/20 ML; 5 MEQ/20 ML; 20 MEQ/20 ML; 35 MEQ/20 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
<i>ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL</i>		
<i>effer-k tableta efervescente 25 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluoride tableta masticable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con 10 tableta de liberación prolongada 10 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>klor-con 8 tableta de liberación prolongada 8 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>klor-con m10 tableta de liberación prolongada 10 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con m15 tableta de liberación prolongada 15 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>klor-con m20 tableta de liberación prolongada 20 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con/ef tableta efervescente 25 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>klor-con paquete 20 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>potassium chloride er tableta de liberación prolongada 10 meq, 15 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium chloride paquete 20 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>potassium chloride solución oral 10 %, 20 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PRENATAL PLUS VITAMIN AND MINERAL TABLETA 120 MG; 200 MG; 12 MG; 2 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 3 MG; 1.84 MG; 1200 MG; 10 MG; 9.9 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
TABLETA PRENATAL 120 MG; 200 MG; 10 MG; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 1200 MG; 3 MG; 1.84 MG; 10 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride solución 0.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride tableta masticable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tri-vite/fluoride solución 35 mg/ml; 0.25 mg/ml; 1500 unidades/ml; 400 unidades/ml, 35 mg/ml; 0.5 mg/ml; 1500 unidades/ml; 400 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
WESTAB PLUS TABLETA 120 MG; 200 MG; 10 MG; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 3 MG; 1.84 MG; 9.9 MG; 1200 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
NUTRICIÓN INTRAVENOSA		
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 10 % INYECCIÓN 37 MEQ/L; 880 MG/100 ML; 489 MG/100 ML; 17 MEQ/L; 10 G/100 ML; 438 MG/100 ML; 204 MG/100 ML; 255 MG/100 ML; 311 MG/100 ML; 247 MG/100 ML; 170 MG/100 ML; 238 MG/100 ML; 289 MG/100 ML; 213 MG/100 ML; 179 MG/100 ML; 77 MG/100 ML; 17 MG/100 ML; 247 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TROPHAMINE INYECCIÓN 0.54 G/100 ML; 1.2 G/100 ML; 0.32 G/100 ML; 0.5 G/100 ML; 0.36 G/100 ML; 0.48 G/100 ML; 0.82 G/100 ML; 1.4 G/100 ML; 1.2 G/100 ML; 0.34 G/100 ML; 0.48 G/100 ML; 0.68 G/100 ML; 0.38 G/100 ML; 5 MEQ/L; 0.025 G/100 ML; 0.42 G/100 ML; 0.2 G/100 ML; 0.24 G/100 ML; 0.78 G/100 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
OFTÁLMICO		
ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS		
<i>neo-polycin hc pomada 400 unidades/g; 1 %; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone pomada 400 unidades/g; 1 %; 0.5 %; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone pomada 0.1 %; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone suspensión 0.1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspensión oftálmica 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate solución 0.23 %; 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TOBRADEX ST SUSPENSIÓN 0.05 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	MO
TOBRADEX POMADA 0.1 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tobramycin/dexamethasone suspensión 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ZYLET SUSPENSIÓN 0.5 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTIINFECCIOSOS		
<i>bacitracin/polymyxin b pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bacitracin pomada 500 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BESIVANCE SUSPENSIÓN 0.6 %	\$0 para el Nivel 1	MO
CILOXAN POMADA 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	QL (42 G por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ciprofloxacin hydrochloride solución 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>erythromycin pomada 5 mg/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (42 G por 30 días) MO
<i>gatifloxacin solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 1.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Vigamox) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Moxeza) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>neo-polycin pomada 400 unidades/g; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin pomada 400 unidades/g; 5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin solución 0.025 mg/ml; 1.75 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ofloxacin solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>polycin pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solución 10000 unidades/ml; 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfacetamide sodium pomada 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sulfacetamide sodium solución 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>tobramycin solución 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>trifluridine solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
XDEMVI SOLUCIÓN 0.25 %	\$0 para el Nivel 1	QL (10 ML por 42 días) PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZIRGAN GEL 0.15 %	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTIINFLAMATORIOS		
<i>bromfenac sodium solución 0.07 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bromfenac sodium solución 0.075 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bromfenac solución 0.09 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>diclofenac sodium solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>difluprednate emulsión 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
FLAREX SUSPENSIÓN 0.1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluorometholone suspensión 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>flurbiprofen sodium solución 0.03 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ketorolac tromethamine solución 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LOTEMAX SM GEL 0.38 %	\$0 para el Nivel 1	MO
LOTEMAX POMADA 0.5 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>loteprednol etabonate gel 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>loteprednol etabonate suspensión 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>loteprednol etabonate suspensión 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>prednisolone acetate suspensión 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1 %	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cromolyn sodium solución 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>epinastine hcl solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ZERViate SOLUCIÓN 0.24 %	\$0 para el Nivel 1	
ANTI GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate solución 0.2 %; 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>brimonidine tartrate solución 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>brimonidine tartrate solución 0.15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>brinzolamide suspensión 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carteolol hcl solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
COMBIGAN SOLUCIÓN 0.2 %; 0.5 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate solución 22.3 mg/ml; 6.8 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf solución 2 %; 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dorzolamide hydrochloride solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>latanoprost solución 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levobunolol hcl solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LUMIGAN SOLUCIÓN 0.01 %	\$0 para el Nivel 1	MO
PHOSPHOLINE IODIDE SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 0.125 %	\$0 para el Nivel 1	ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pilocarpine hcl solución 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pilocarpine hydrochloride solución 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
RHOPRESSA SOLUCIÓN 0.02 %	\$0 para el Nivel 1	MO
ROCKLATAN SOLUCIÓN 0.005 %; 0.02 %	\$0 para el Nivel 1	MO
SIMBRINZA SUSPENSIÓN 0.2 %; 1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>timolol maleate gel oftálmico formador de gel solución formadora 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>timolol maleate (genérico de Timoptic) soln. 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>timolol maleate once-daily ophthalmic (generic Istalol) soln 0.5%</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>travoprost solución 0.004 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VYZULTA SOLUCIÓN 0.024 %	\$0 para el Nivel 1	MO
VARIOS		
<i>atropine sulfate solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CYSTARAN SOLUCIÓN 0.44 %	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
EYSUVIS SUSPENSIÓN 0.25 %	\$0 para el Nivel 1	MO
MIEBO SOLUCIÓN 1.338 G/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>proparacaine hcl solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
RESTASIS MULTIDOSE EMULSIÓN 0.05 %	\$0 para el Nivel 1	QL (5.5 ML por 30 días) MO
RESTASIS EMULSIÓN 0.05 %	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
XIIDRA SOLUCIÓN 5 %	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

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

ÓTICOS**AGENTES ÓTICOS**

<i>acetic acid solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CIPRO HC SUSPENSIÓN 0.2 %; 1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin/dexamethasone suspensión 0.3 %; 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ciprofloxacin solución 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>flac aceite 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluocinolone acetonide aceite 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone/acetic acid solución 2 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/hc solución 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspensión ótica 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ofloxacin solución ótica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

RESPIRATORIOS**COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS/BETA AGONISTAS**

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

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/PULVERIZACIÓN; 62.5 MG/PULVERIZACIÓN; 25 MG/PULVERIZACIÓN, 200 MG/INH; 62.5 MG/INH; 25 MG/INH	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA SOLUCIÓN EN AEROSOL 17 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (25.8 G por 30 días) MO
INCRUSE ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 62.5 MG/INH	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide solución para inhalación 0.02 %</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>ipratropium bromide solución nasal 0.03 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 28 días) MO
<i>ipratropium bromide solución nasal 0.06 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 ML por 30 días) MO
SPIRIVA RESPIMAT SOLUCIÓN EN AEROSOL 1.25 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (4 G por 30 días) MO
ANTIHIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hydrochloride solución 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 25 días) MO
<i>carbinoxamine maleate solución 4 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>carbinoxamine maleate tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>cetirizine hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ml por 30 días) MO
<i>clemastine fumarate tableta 2.68 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>cypheptadine hcl jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>cypheptadine hydrochloride tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>desloratadine tab. bucodispersable que se desintegra 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>desloratadine tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>diphenhydramine hydrochloride inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydroxyzine hcl inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hcl tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride jarabe 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride tableta 10 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine pamoate cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>levocetirizine dihydrochloride solución 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levocetirizine dihydrochloride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olopatadine hcl solución 0.6 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30.5 G por 30 días) MO
BETA AGONISTAS		
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de Proventil HFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (13.4 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de ProAir HFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (17 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de VentolinHFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (36 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate solución de nebulización 0.083 %, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>albuterol sulfate jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>albuterol sulfate tableta 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levalbuterol hcl solución de nebulización 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>levalbuterol hcl solución de nebulización 0.31 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>levalbuterol hydrochloride solución de nebulización 0.63 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA AEROSOL 45 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>levalbuterol solución de nebulización 1.25 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
SEREVENT DISKUS AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 50 MG/DOSIS	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>terbutaline sulfate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terbutaline sulfate tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium paquete 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium tableta masticable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zafirlukast tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine solución para inhalación 10 %, 20 %</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>aminophylline inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>cromolyn sodium solución de nebulización 20 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
<i>epinephrine inyección 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 c/u por 30 días) MO
FASENRA PEN INYECCIÓN 30 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD
FASENRA INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS LD
FASENRA INYECCIÓN 30 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD
KALYDECO PAQUETE 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
KALYDECO TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; ACS LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OFEV CÁPSULA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 c/u por 30 días) PA; ACS LD
ORKAMBI PAQUETE 125 MG; 100 MG, 188 MG; 150 MG, 94 MG; 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
ORKAMBI TABLETA 125 MG; 100 MG, 125 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>pirfenidone cápsula 267 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tableta 267 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tableta 534 mg, 801 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA; ACS
PROLASTIN-C INYECCIÓN 1000 MG/20 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
PULMOZYME SOLUCIÓN 2.5 MG/2.5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<i>roflumilast tableta 250 µg, 500 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 12 horas 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>theophylline solución 80 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TRIKAFTA TABLETA PAQUETE DE TRATAMIENTO 100 MG; 75 MG; 50 MG, 50 MG; 37.5 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
TRIKAFTA PAQUETE DE TRATAMIENTO 100 MG; 75 MG; 50 MG, 80 MG; 60 MG; 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
XOLAIR INYECCIÓN 150 MG/ML, 150 MG, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
ESTEROIDES NASALES		
<i>flunisolide solución 0.025 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate suspensión 50 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (16 G por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mometasone furoate suspensión 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (34 G por 30 días) MO
XHANCE SUSPENSIÓN PARA EXHALADOR 93 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (32 ML por 30 días) PA MO
INHALANTES ESTEROIDEOS		
ALVESCO SOLUCIÓN EN AEROSOL 160 MG/PULVERIZACIÓN, 80 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (12.2 G por 30 días) MO
ARNUITY ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/PULVERIZACIÓN; 200 MG/PULVERIZACIÓN; 50 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>budesonide suspensión 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ESTEROIDES		
AIRSUPRA AEROSOL 90 MG/PULVERIZACIÓN; 80 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (32.1 G por 30 días) MO
BREO ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/PULVERIZACIÓN; 25 MG/PULVERIZACIÓN, 200 MG/INH; 25 MG/INH, 50 MG/INH; 25 MG/INH	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate aerosol 160 µg/pulverización; 4.5 µg/pulverización 80 µg/pulverización; 4.5 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10.2 G por 30 días) MO
DULERA AEROSOL 5 MG/PULVERIZACIÓN; 100 MG/PULVERIZACIÓN, 5 MG/PULVERIZACIÓN; 200 MG/PULVERIZACIÓN, 5 MG/PULVERIZACIÓN; 50 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (13 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus (genérico de Advair Diskus) aerosol polvo activado para el aliento 100 µg/pulverización; 50 µg/pulverización, 250 µg/pulverización; 50 µg/pulverización, 500 µg/pulverización, 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
FLUTICASONE PROPIONATE/SALMETEROL HFA (ADVAIR HFA GENÉRICO) AEROSOL 115 MG/PULVERIZACIÓN; 21 MG/PULVERIZACIÓN, 230 MG/PULVERIZACIÓN; 21 MG/PULVERIZACIÓN, 45 MG/PULVERIZACIÓN; 21 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 1	QL (12 G por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol polvo activado para el aliento 500 µg/pulverización; 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>wixela inhub aerosol polvo activado para el aliento 100 µg/pulverización; 50 µg/pulverización, 250 µg/pulverización; 50 µg/pulverización, 500 µg/pulverización; 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
TÓPICO		
DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
<i>accutane cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>amnesteem cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>claravis cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>clindacin espuma 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días)
<i>clindamycin phosphate espuma 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate gel tubo 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate gel frasco 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate loción 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate solución externa 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>dapsone gel 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ery apósito 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin/benzoyl peroxide gel 5 %; 3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>erythromycin gel 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>erythromycin solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>isotretinoin cápsula 10 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>econazole nitrate crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (85 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole foam 2%</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole champú 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ketodan espuma 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días)
<i>klayesta polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días)
<i>nyamyc polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días)
<i>nystatin crema 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin pomada 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>nystop polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días)
<i>selenium sulfide loción 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin cápsula 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>calcipotriene crema 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene pomada 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene solución 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) PA MO
<i>calcitrene pomada 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) PA MO
CALCITRIOL POMADA 3 MG/G	\$0 para el Nivel 1	QL (800 G por 28 días) PA MO
<i>methoxsalen cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tazarotene crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>tazarotene crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>tazarotene gel 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) PA MO
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>alclometasone dipropionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>alclometasone dipropionate pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate augmented crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented loción 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate loción 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone valerate crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone valerate loción 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone valerate pomada 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate e crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate gel 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clobetasol propionate pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate champú 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 ml por 30 días) MO
<i>clodan champú 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118 ML por 30 días)
<i>desonide crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desonide pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone crema 0.25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone pomada 0.25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide aceite para el cuerpo 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide aceite para el cuero cabelludo 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crema 0.025 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crema 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide pomada 0.025 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide solución 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluocinonide emulsified base crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide gel 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone propionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate pomada 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone valerate pomada 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone loción 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone pomada 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone pomada 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate pomada 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate solución 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide crema 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (454 G por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide loción 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (15 G por 30 días) MO
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine/prilocaine crema 2.5 %; 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lidocaine pomada 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (35.44 G por 30 días) PA MO
<i>lidocaine parche 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>lidocan parche 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA
<i>tridacaine ii parche 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 c/u por 30 días) PA
<i>tridacaine parche 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>ammonium lactate crema 12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ammonium lactate loción 12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>azelaic acid gel 15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (50 G por 30 días) MO
<i>bexarotene gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA; ACS
<i>diclofenac sodium solución externa 1.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 ML por 28 días) MO
<i>doxepin hydrochloride crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>doxycycline cápsula de liberación retardada 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
EUCRISA POMADA 2 %	\$0 para el Nivel 1	QL (120 G por 30 días) PA MO
FLUOROURACIL CREMA 0.5 %	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) PA
<i>fluorouracil crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (40 G por 30 días) MO
<i>fluorouracil solución 2 %, 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone perianal crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrocortisone perianal crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMIQUIMOD PUMP CREMA 3.75 %	\$0 para el Nivel 1	QL (15 G por 28 días) MO
<i>imiquimod crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (24 c/u por 30 días) MO
<i>imiquimod crema 3.75 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) MO
<i>metronidazole crema 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole gel 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metronidazole loción 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitroglycerin pomada 0.4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días) MO
NORITATE CREMA 1 %	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
PANRETIN GEL 0.1 %	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA
<i>pimecrolimus crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 G por 30 días) MO
<i>podofilox solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>procto-med hc crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días)
<i>proctocort crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>proctosol hc crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días)
<i>proctozone-hc crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 G por 30 días)
<i>tacrolimus pomada 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
VALCHLOR GEL 0.016 %	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) PA; LD
ZYCLARA PUMP CREMA 2.5 %	\$0 para el Nivel 1	QL (7.5 G por 28 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
<i>malathion loción 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>permethrin crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS		
SANTYL POMADA 250 UNIDADES/G	\$0 para el Nivel 1	QL (180 G por 30 días) MO
<i>sodium chloride 0.9 % solución 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
AGENTES DENTALES/FARÍNGEOS/BUCALES		
<i>cevimeline hydrochloride cápsula 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chlorhexidine gluconate solución 0.12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clinpro 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clotrimazole past. para chup. 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dentagel gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fluoridex daily defense pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 1	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>fluorimax 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>fraiche 5000 gel dental 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>just right 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>kourzeq pasta 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lidocaine hydrochloride viscous solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lidocaine viscous solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nystatin suspensión 100000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>oralone pasta dental 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>periogard solución 0.12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>pilocarpine hydrochloride tableta 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sf gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm sequedad bucal gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
SODIUM FLUORIDE/POTASSIUM NITRATE/ SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamcinolone acetonide pasta dental 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

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

<i>acetaminophen cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophenacetaminophen er 8 horas arthritis pain relief tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen extra strength líquido 500 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen extra strength tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen junior strength tabletas que se desintegran 160 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetaminophen líquido 160 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen rapid tabs childrens tabletas que se desintegran 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen solución 160 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen supositorio 120 mg, 325 mg, 650 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen tableta 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen tableta masticable 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen/aspirin/caffeine tableta 250 mg; 250 mg; 65 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ACID GONE SUSPENSIÓN 95 MG/15 ML; 358 MG/15 ML	\$0 para el Nivel 1	*
ACIDOPHILUS LACTOBACILLI CÁPSULA	\$0 para el Nivel 1	*
ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND CÁPSULA	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acidophilus/pectin cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ACTIVNUTRIENTS TABLETA MASTICABLE 62.5 MG; 37.5 MG; 12.5 MG; 12.5 MG; 12.5 MG; 0.125 MG; 85 MG; 18.75 MG; 0.75 MG; 61.5 MG; 30.75 MG; 12.5 MG; 0.125 MG; 12.5 MG; 2.5 MG; 2.5 MG; 0.625 MG; 1.25 MG; 12.5 MG; 1.25 MG; 150 MG; 3.125 MG; 8.375 MG; 3.75 MG; 3 MG; 1.875 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>adapalene gel 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ALAHIST D TABLETA 17.5 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 1	*
ALBUSTIX TIRA	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALCOHOL PREPS APÓSITO 70 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>aluminum/magnesium/simethicone suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 20 mg/5 ml</i>		
<i>ammonium lactate crema 12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ammonium lactate loción 12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>antacid & anti-gas maximum strength suspensión</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>800 mg/10 ml; 800 mg/10 ml; 80 mg/10 ml</i>		
<i>antacid extra strength tableta masticable 160 mg; 105 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>antibiotic + pain relief maximum strength crema</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>3.5 mg/g; 10000 unidades/g; 10 mg/g</i>		
<i>anti-dandruff champú 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>artificial tears solución 0.1 %; 0.2 %; 0.3 %, 0.1 %; 0.3 %, 0.2 %; 0.2 %; 1 %, 0.3 %; 1 %, 0.5 %; 0.6 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>aspirin regular strength tableta de liberación retardada 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ASPIRIN SUPOSITORIO 300 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>aspirin tableta 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>aspirin tableta masticable 81 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>aspirin tableta de liberación retardada 81 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ATABEX OB TABLETA 60 MG; 30 MG; 100 MG; 500 UNIDADES; 1.6 MG; 10 MG; 29 MG; 1000 MG; 20 MG; 20 MG; 25 MG; 3 MG; 30 MG; 1.5 MG; 25 UNIDADES; 1500 UNIDADES; 10 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>aveeno baby soothing multi-purpose pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	*
AYR NASAL DROPS SOLUCIÓN 0.65%	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>b-12 quick dissolve tableta sublingual 1000 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bacitracin pomada 500 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bacitracin zinc pomada 500 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bacitracin/neomycin/polymyxin pomada 400 unidades/g; 5 mg/g; 5000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bacitracin/polymyxin pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>balmex multi-purpose pomada 51.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bayer advanced aspirin extra strength tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
BD GLUCOSE TABLETA MASTICABLE 5 GM	\$0 para el Nivel 1	*
<i>benzoyl peroxide gel 10 %, 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
BENZOYL PEROXIDE GEL 2.5 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>benzoyl peroxide líquido 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>benzoyl peroxide loción 10 %, 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>benzoyl peroxide wash líquido 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
BENZYL ALCOHOL LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
BENZYL BENZOATE LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
BION TEARS SOLUCIÓN 0.1 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bisacodyl supositorio 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bisacodyl tableta de liberación retardada 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bismuth subsalicylate tableta masticable 262 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>budesonide aerosol nasal suspensión 32 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>butenafine hydrochloride crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CALAMINE LOCIÓN	\$0 para el Nivel 1	*
CALCIUM + D3 TABLETA 250 MG; 3 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium 500 + d tableta 500 mg; 125 unidades, 500 mg; 200 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium 500 + d tableta 500 mg; 400 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CALCIUM 500 + D3 HIGH POTENCY TABLETA MASTICABLE 400 UNIDADES; 500 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium 600 + minerals tableta 600 mg; 200 unidades; 1 mg; 40 mg; 1.8 mg; 250 µg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium 600/vitamin d tableta 600 mg; 200 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium 600 + d plus minerals tableta 600 mg; 400 unidades; 1 mg; 50 mg; 1.8 mg; 250 µg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium 600 + d tableta 600 mg; 400 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium acetate tableta 667 mg</i>	9	*
<i>calcium antacid extra strength tableta masticable 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium antacid ultra tableta masticable 1000 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CALCIUM CARBONATE SUSPENSIÓN 1250 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium carbonate tableta masticable 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium citrate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium oyster shell tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium polycarbophil tableta 625 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium tableta 1500 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CALCIUM TABLETA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>calcium/vitamin d tableta 600 mg; 3.125 µg, 600 mg; 400 unidades, 600 mg; 5 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>capsaicin crema 0.025 %, 0.075 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>carbamoxide ear drops solución 6.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>carboxymethylcellulose sodium solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>carboxymethylcellulose sodium gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>carboxymethylcellulose sodium solución oftálmica gotas oftálmicas solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CASTOR OIL	\$0 para el Nivel 1	*
<i>castor oil stimulant laxative oil 100%</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cerave baby healing pomada 46.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cetirizine hcl tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cetirizine hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cetirizine hydrochloride tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride tableta de liberación prolongada 12 horas 5 mg; 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CHEMSTRIP 2 LN TIRAS	\$0 para el Nivel 1	*
CHEMSTRIP 9 TIRAS	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CHEMSTRIP UGK TIRA	\$0 para el Nivel 1	*
CHERRY JARABE 82.3%	\$0 para el Nivel 1	*
<i>chewable vitamin c tableta masticable 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>children's chewable acetaminophen tableta masticable 160 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>childrens pepto tableta masticable 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CHLOPHEDIANOL/ DEXCHLOPHENIRAMINE./ PSEUDOEPHEDRINE LÍQUIDO 12.5 MG/5 ML; 1 MG/5 ML; 30 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>chloraseptic líquido 1.4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>chlorpheniramine maleate tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>chlorpheniramine maleate tableta de liberación prolongada 12 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>chocolated laxative tableta masticable 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cimetidine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>clear eyes natural tears lubricant solución 0.5 %; 0.6 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>clotrimazole 3 crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>clotrimazole crema externa 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>clotrimazole solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>clotrimazole vaginal crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cold & cough childrens líquido 1 mg/5 ml; 5 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cold/flu daytime relief cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COLEMAN 100 MAX INSECT REPELLENT/CONTINUOUS SPRAY AEROSOL 98.11 %	\$0 para el Nivel 1	*
COLEMAN INSECT REPELLENT/HIGH & DRY AEROSOL 25 %	\$0 para el Nivel 1	*
COLEMAN INSECT REPELLENT/SPORTSMEN AEROSOL 40 %	\$0 para el Nivel 1	*
CONDOMS	\$0 para el Nivel 1	*
<i>corn and callus remover líquido 17 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cortizone-10 feminine itch relief maximum strength crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
COTTONSEED OIL	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cromolyn sodium solución en aerosol 5.2 mg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CULTURELLE ADULT ULTIMATEBALANCE CÁPSULA 200 MG; 20,000 MILLONES DE UFC	\$0 para el Nivel 1	*
CULTURELLE DIGESTIVE DAILY PROBIOTIC PRO STRENGTH CÁPSULA 200 MG; 12,000 MILLONES DE UFC	\$0 para el Nivel 1	*
CULTURELLE DIGESTIVE HEALTH CÁPSULA 200 MG; 10,000 MILLONES DE UFC	\$0 para el Nivel 1	*
CULTURELLE HEALTH & WELLNESS CÁPSULA 200 MG; 10,000 MILLONES DE UFC	\$0 para el Nivel 1	*
CULTURELLE ULTIMATE STRENGTH PROBIOTIC CÁPSULA 200 MG; 20,000 MILLONES DE UFC	\$0 para el Nivel 1	*
CUTTER AEROSOL 10 %	\$0 para el Nivel 1	*
CUTTER ALL FAMILY AEROSOL 7 %	\$0 para el Nivel 1	*
CUTTER BACKWOODS DRY AEROSOL 25 %	\$0 para el Nivel 1	*
CUTTER SKINSATIONS AEROSOL 7 %	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CUTTER SPORT AEROSOL 15 %	\$0 para el Nivel 1	*
CVS INSECT REPELLENT AEROSOL 15 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs natural tears pf solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs scalp relief líquido 3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs sleep-aid nighttime tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CVS TOTAL HOME INSECT REPELLENT AEROSOL 30 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cyanocobalamin inyección 1000 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>day-time pe cold/flu relief cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>desitin multi-purpose healing pomada 71.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dextromethorphan hbr cápsula 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dextromethorphan hydrobromide/guaifenesin líquido 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dextromethorphan polistirex er suspensión de liberación prolongada 30mg/5ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dextromethorphan/guaifenesin líquido 5 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dextromethorphan/guaifenesin/phenylephrine líquido 18 mg/15 ml; 200 mg/15 ml; 10 mg/15 ml</i>	9	*
DHS TAR CHAMPÚ 0.5 %	\$0 para el Nivel 1	*
DIASTIX TIRA	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diclofenac sodium gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dimenhydrinate tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diphenhydramine hcl cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diphenhydramine hcl/zinc acetate crema 2 %; 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diphenhydramine hydrochloride cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diphenhydramine hydrochloride líquido 12.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diphenhydramine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>docosanol crema 10 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>docusate calcium cápsula 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>docusate sodium cápsula 100 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>docusate sodium líquido 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
DOCUSATE SODIUM JARABE 60 MG/15 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>docusate sodium tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dry eye relief drops solución 0.2 %; 0.2 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
DUREX REALFEEL DISPOSITIVO SIN LÁTEX	\$0 para el Nivel 1	*
D-VI-SOL LÍQUIDO 400 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ed chlorped jr jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>effervescent pain relief tableta efervescente 325 mg; 1000 mg; 1916 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CÁPSULA VACÍA TAMAÑO 1 AZUL/ CÁPSULA POLVO AZUL	\$0 para el Nivel 1	*
ENCARE SUPOSITORIO 100 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>enema disposable enema 7 g/118 ml; 19 g/118 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ergocalciferol solución 8000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>esomeprazole magnesium cápsula de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>esomeprazole magnesium dr 24 h tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ETHYL OLEATE LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
EX-LAX TABLETA MASTICABLE 15 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>eye allergy relief solución 0.025 %; 0.3 %, 0.027 %; 0.315 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>famotidine tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>famotidine tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
FC2 FEMALE CONDOM	\$0 para el Nivel 1	*
FERRETT'S CHEWABLE IRON TABLETA MASTICABLE 18 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ferrous fumarate 324 tableta 324 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ferrous gluconate tableta 240 mg, 324 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
FERROUS GLUCONATE TABLETA 324 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ferrous sulfate solución 15 mg/ml, 220 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ferrous sulfate tableta 27 mg, 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
FERROUS SULFATE TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 324 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ferrous sulfate tableta de liberación retardada 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fexofenadine hcl childrens allergy suspensión 30 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fexofenadine hydrochloride tableta 180 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 12 horas 60 mg; 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fiber powder 28.3 %, 48.57 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>flanders buttocks pomada 66.2 %; 13.4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
FLAVORX LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fluticasone propionate suspensión 50 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>folic acid tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>folic acid/vitamin b-6/vitamin b-12 tableta 500 µg; 2.2 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
FOLPLEX 2.2 TABLETA 0.5 MG; 2.2 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	*
FORA GTEL BLOOD KETONE TIRAS REACTIVAS	\$0 para el Nivel 1	*
GAVISCON SUSPENSIÓN 95 MG/15 ML; 358 MG/15 ML	\$0 para el Nivel 1	*
GENTEAL SEVERE TEARS GEL 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>genteal tears liquid drops moderate solución 0.1 %; 0.2 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>genteal tears mild solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
GENTEAL TEARS MODERATE PF SOLUCIÓN 0.1 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	*
GENTEAL TEARS SEVERE DAY/NIGHT GEL 0.4 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glucose gel 40 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
GLUCOSE TABLETA MASTICABLE 4 G, 6 MG; 4 G	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glycerin adult supositorio 2.1 g, 2 g, 80.7 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
GLYCERIN NO APLICA LÍQUIDO 99.5 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glycerin external liquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glycerin infant supositorio 80.7 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glycerin infants & children suppository 1.2 g, 1 g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
GNP PROBIOTIC EXTRA STRENGTH CÁPSULA	\$0 para el Nivel 1	*
<i>gnp vitamin a/d ointment 15.5 %; 53.4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
GOOD START SUPREME STERILE WATER LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin er tableta de liberación prolongada 12 horas 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin liquido 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin tableta 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin/codeine solución 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide tableta 20 mg; 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide tableta de liberación prolongada 12 horas 60 mg; 1200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin/dextromethorphan jarabe 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>guaifenesin/pseudoephedrine hydrochloride tableta de liberación prolongada 12 horas 600 mg; 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hemorrhoidal pomada 14 %; 74.9 %; 0.25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
HISTEX JARABE 2.5 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrocortisone crema 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
HYDROCORTISONE CREMA 1 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HYDROCORTISONE CREMA 1 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrocortisone loción 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrocortisone pomada 0.5 %, 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrocortisone pomada 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrocortisone/aloe crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrolatum pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ibuprofen cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ibuprofen infants suspensión 50 mg/1.25 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ibuprofen junior strength tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ibuprofen suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ibuprofen tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ibuprofen tableta masticable 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
INSTA-GLUCOSE GEL 77.4 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>iron 100 plus tableta 250 mg; 25 µg; 1 mg; 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
IRON CHEWS PEDIATRIC TABLETA MASTICABLE 15 MG	\$0 para el Nivel 1	*
IRON TABLETA 28 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>iron tableta de liberación prolongada 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>isopropyl alcohol toallitas 70 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ivermectin loción 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IVIZIA SEVERE/NIGHT DRY EYES GEL 0.5 %	\$0 para el	*
	Nivel 1	
<i>just tears eye drops solución</i>	\$0 para el	*
	Nivel 1	
<i>kaopectate extra strength suspensión</i>	\$0 para el	*
<i>525 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>kaopectate suspensión 262 mg/15 ml</i>	\$0 para el	*
	Nivel 1	
<i>kaopectate tableta 262 mg</i>	\$0 para el	*
	Nivel 1	
KETONE TIRAS REACTIVAS	\$0 para el	*
	Nivel 1	
KETOSTIX TIRA	\$0 para el	*
	Nivel 1	
<i>ketotifen fumarate solución 0.035 %</i>	\$0 para el	*
	Nivel 1	
KONSYL DAILY FIBER PAQUETE 100 %	\$0 para el	*
	Nivel 1	
<i>kp omega-3 fish oil cápsula de liberación retardada</i>	\$0 para el	*
	Nivel 1	
<i>lactobacillus tableta 0.2 mg; 0.2 mg</i>	\$0 para el	*
	Nivel 1	
LACTOSE MONOHYDRATE POLVO	\$0 para el	*
	Nivel 1	
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada</i>	\$0 para el	*
<i>15 mg</i>	Nivel 1	
<i>laxative maximum strength tableta 25 mg</i>	\$0 para el	*
	Nivel 1	
<i>levocetirizine dihydrochloride tableta 5 mg</i>	\$0 para el	*
	Nivel 1	
<i>levonorgestrel tableta 1.5 mg</i>	\$0 para el	*
	Nivel 1	
<i>lice killing champú 4 %; 0.33 %</i>	\$0 para el	*
	Nivel 1	
<i>lice treatment líquido 1 %</i>	\$0 para el	*
	Nivel 1	
<i>lidocaine crema 5 %</i>	\$0 para el	*
	Nivel 1	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lidocaine hydrochloride crema 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lidocaine parche 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
LOHIST-DM JARABE 2 MG/5 ML; 10 MG/5 ML; 5 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loperamide hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loperamide hydrochloride solución 1 mg/7.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE SUSPENSIÓN 1 MG/7.5 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loperamide hydrochloride tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loratadine childrens tableta masticable 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loratadine solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loratadine tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loratadine tableta que se desintegra 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loratadine-d 12 h tableta de liberación prolongada 12 horas 5 mg; 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loratadine-d 24hr tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg; 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lubricant eye drops solución 0.1 %; 0.3 %, 0.4 %; 0.3 %, 0.6 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lubricant eye drops/dual-action solución 0.5 %; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lubricant eye pomada 42.5 %; 57.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>lubricating eye drops solución 0.4 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>maalox childrens tableta masticable 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>magnesium citrate solución 1.745 g/30 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>magnesium oxide tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>magnesium tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
M-CLEAR WC SOLUCIÓN 6.33 MG/5 ML; 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>meclizine hydrochloride tableta 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>meclizine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>meclizine hydrochloride tableta masticable 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>medi-paste pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>melatonin tableta 1 mg, 3 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>miconazole 1 kit</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>miconazole 3 crema 4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
MICONAZOLE 7 SUPOSITORIO 100 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>miconazole nitrate aerosol polvo 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>miconazole nitrate crema externa 2 %, 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>miconazole polvo 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>milk of magnesia suspensión 400 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
MINERAL OIL HEAVY OIL	\$0 para el Nivel 1	*
MINERAL OIL LIGHT OIL	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aceite mineral</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CREMA HIDRATANTE	\$0 para el Nivel 1	*
<i>loción hidratante</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>mucinex fast-max congestion & headache maximum strength cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain maximum strength cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>mucus dm tableta de liberación prolongada 12 horas 30 mg; 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>mucus relief severe congestion & cough líquido 5 mg/5 ml; 100 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	9	*
<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 para el Nivel 1	*
<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 para el Nivel 1	*
<i>multiple vitamins/iron tableta masticable 60 mg; 4.5 µg; 400 unidades; 15 mg; 0.3 mg; 13.5 mg; 1.04 mg; 1.2 mg; 1.05 mg; 2500 unidades; 15 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<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</i>	\$0 para el Nivel 1	*
MULTIVITAMIN PLUS IRON CHILDRENS TABLETA MASTICABLE 40 MG; 100 MG; 10 MG; 600 UNIDADES; 2 MG; 6 MG; 18 MG; 0.4 MG; 15 MG; 55 MG; 150 MG; 2 MG; 3000 UNIDADES; 1.7 MG; 10 MG; 60 MG; 1.5 MG; 30 UNIDADES; 12 MG	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multi-vitamin tableta 60 mg; 0; 30 µg; 10 mg; 400 unidades; 6 µg; 400 µg; 20 mg; 2 mg; 5000 unidades; 1.7 mg; 1.5 mg; 30 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER SOLUCIÓN 50 MG/ML; 11 MG/ML; 4 MG/ML; 0.3 MG/ML; 0.4 MG/ML; 0.3 MG/ML; 250 MG/ML; 10 MG/ML; 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	*
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE SOLUCIÓN 35 MG/ML; 400 UNIDADES/ML; 2 MG/ML; 8 MG/ML; 0.4 MG/ML; 1500 UNIDADES/ML; 0.6 MG/ML; 0.25 MG/ML; 0.5 MG/ML; 5 UNIDADES/ML, 35 MG/ML; 400 UNIDADES/ML; 2 MG/ML; 8 MG/ML; 0.4 MG/ML; 1500 UNIDADES/ML; 0.6 MG/ML; 0.5 MG/ML; 0.5 MG/ML; 5 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	*
MULTIVITAMIN/FLUORIDE TABLETA MASTICABLE 60 MG; 4.5 MG; 0; 0.25 MG; 200 MG; 10 MG; 1 MG; 1.2 MG; 1 MG; 600 MG; 10 MG; 10 MG, 60 MG; 4.5 MG; 0; 0.5 MG; 200 MG; 10 MG; 1 MG; 1.2 MG; 1 MG; 600 MG; 10 MG; 10 MG, 60 MG; 4.5 MG; 0; 1 MG; 200 MG; 10 MG; 1 MG; 1.2 MG; 1 MG; 600 MG; 10 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 1	*
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON SOLUCIÓN 35 MG/ML; 400 UNIDADES/ML; 10 MG/ML; 8 MG/ML; 0.4 MG/ML; 1500 UNIDADES/ML; 0.6 MG/ML; 0.25 MG/ML; 0.5 MG/ML; 5 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>multivitamins tableta masticable 16000 unidades; 100 µg; 12 mg; 1000 unidades; 6 µg; 200 µg; 10 mg; 800 µg; 1.9 mg; 1.7 mg; 100 mg; 1.5 mg; 200 unidades; 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<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 para el Nivel 1	*
<i>naloxone hydrochloride líquido 4 mg/0.1 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>naproxen sodium cápsula 220 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>naproxen sodium tableta 220 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>nasal mist aerosol solución 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
NATRAPEL LIQUID 20 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>natural fiber polvo 58.6 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>niacin tableta 100 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>niacin timed release tableta de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>niacin tr cápsula de liberación prolongada 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
NIACIN TR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>niacin tr cápsula de liberación prolongada 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>nicotine pastilla 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>nicotine polacrilex gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>nicotine polacrilex pastilla 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
NICOTINE KIT SISTEMA TRANSDÉRMICO	\$0 para el Nivel 1	*
<i>nicotine transdermal system parche 24 horas 14 mg/24 h, 21 mg/24 h, 7 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	*
OFF ACTIVE AEROSOL 15 %	\$0 para el Nivel 1	*
OFF DEEP WOODS DRY AEROSOL 25 %	\$0 para el Nivel 1	*
OFF DEEP WOODS SPORTSMEN AEROSOL 30 %	\$0 para el Nivel 1	*
OFF FAMILYCARE CLEAN FEEL LÍQUIDO 5 %	\$0 para el Nivel 1	*
OFF SMOOTH & DRY AEROSOL 15 %	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OLIVE OIL	\$0 para el Nivel 1	*
<i>olopatadine hydrochloride solución 0.1 %, 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>omega 3 cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>omega-3 cápsula 120 mg; 180 mg; 1000 mg; 1 unidad</i>	\$0 para el Nivel 1	*
OMEGA-3 CÁPSULA 308 MG; 448 MG; 1400 MG; 910 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>omega-3 fish oil cápsula 100 mg; 160 mg; 1000 mg; 300 mg; 5 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>omeprazole dr tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>omeprazole magnesium cápsula de liberación retardada 20.6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>omeprazole tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>omeprazole tableta de liberación retardada que se desintegra 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ONETOUCH ULTRA CONTROL LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
ONETOUCH VERIO LEVEL 4 SOLUCIÓN DE CONTROL LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
OPILL TABLETA 0.075 MG	\$0 para el Nivel 1	*
OPTIONS GYNOL II VAGINAL	\$0 para el Nivel 1	*
CONTRACEPTIVE GEL 3 %	\$0 para el Nivel 1	*
SUSP. ORAL LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
<i>oxymetazoline hydrochloride solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
OYSTER SHELL CALCIUM/D TABLETA 500 MG; 200 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	*
<i>paladin pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	*
PATADAY EXTRA STRENGTH SOLUCIÓN 0.7 %	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PCCA SORBITOL LOLLIPOP BASE EN ESCAMAS	\$0 para el Nivel 1	*
PEDIA-LAX LÍQUIDO 50 MG/15 ML	\$0 para el Nivel 1	*
PETROLATUM POMADA	\$0 para el Nivel 1	*
<i>phenazopyridine hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>phenazopyridine hydrochloride tableta 95 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>phenylephrine hydrochloride tableta 10 mg</i>	9	*
<i>phosphorous tableta 155 mg, 852 mg, 130 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>phospho-trin k500 tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>phytonadione tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pink bismuth maximum strength suspensión 525 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pink bismuth suspensión 262 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pinworm medicine suspensión 144 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pinxav pomada</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>polyethylene glycol 3350 paquete 17 g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>polyethylene glycol 3350 polvo 17 g/scoop</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>polysaccharide-iron complex cápsula 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>polyvinyl alcohol solución 1.4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
POLY-VI-SOL SOLUCIÓN 50 MG/ML; 10MCG/ML; 0.5 MG/ML; 0; 4 MG/ML; 0.3 MG/ML; 250 MG/ML; 0.4 MG/ML; 0.3 MG/ML; 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pramoxine hcl espuma 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRENATABS FA TABLETA 120 MG; 1200 MG; 200 MG; 10 MG; 8 MG; 29 MG; 1000 MG; 20 MG; 150 MG; 3 MG; 3 MG; 3 MG; 13.5 MG; 15 MG	\$0 para el Nivel 1	*
PRENATABS RX TABLETA 120 MG; 4000 UNIDADES; 30 MG; 200 MG; 7 MG; 400 UNIDADES; 3 MG; 8 MG; 1 MG; 29 MG; 100 MG; 20 MG; 150 MG; 3 MG; 3 MG; 3 MG; 30 UNIDADES; 15 MG	\$0 para el Nivel 1	*
PRENATAL 19 TABLETA 100 MG; 1000 UNIDADES; 200 MG; 7 MG; 400 UNIDADES; 12 MG; 25 MG; 29 MG; 1 MG; 15 MG; 20 MG; 3 MG; 3 MG; 30 UNIDADES; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	*
PRENATAL TABLETA 100 MG; 200 MG; 10 MG; 4 MG; 27 MG; 800 MG; 18 MG; 2.6 MG; 1.7 MG; 1.5 MG; 5 MG; 1200 MG; 25 MG; 120 MG; 4000 UNIDADES; 200 MG; 400 UNIDADES; 8 MG; 28 MG; 800 MG; 20 MG; 2.6 MG; 1.7 MG; 1.8 MG; 30 UNIDADES; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	*
PRENATAL TABLETA 120 MG; 200 MG; 10 MG; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 1200 MG; 3 MG; 1.84 MG; 10 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	*
PRENATAL-U CÁPSULA 10 MG; 0.8 MG; 15 MG; 106.5 MG; 1 MG; 1.3 MG; 30 MG; 5 MG; 6 MG; 200 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 1	*
PRIMADOPHILUS BIFIDUS CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	\$0 para el Nivel 1	*
PROBIOTIC DIGESTIVE SUPPORT EXTRA STRENGTH CÁPSULA 200 MG; 20 MIL MILLONES	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pseudoephedrine hydrochloride er maximum strength tableta de liberación prolongada 12 horas 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>pseudoephedrine hydrochloride tableta 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>psyllium fiber cápsula 0.52 g</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc pink bismuth tableta 262 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>qc psyllium fiber polvo 43 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
RANGER READY REPELLENT LÍQUIDO 20 %	\$0 para el Nivel 1	*
RASPBERRY JARABE	\$0 para el Nivel 1	*
<i>redness reliever eye drops solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH DIGITAL SOLUCIÓN 0.5 %; 1 %; 0.5 %	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH OPTIVE ADVANCED SOLUCIÓN 0.5 %; 1 %; 0.5 %	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH OPTIVE GEL 1 %; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH OPTIVE PRESERVATIVE FREE SOLUCIÓN 0.5 %; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH OPTIVE SOLUCIÓN 0.5 %; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH RELIEVA PF SOLUCIÓN 0.5 %; 0.9 %, 0.5 %; 1 %	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH RELIEVA SOLUCIÓN 0.5 %; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH SOLUCIÓN 1.4 %; 0.6 %	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH TEARS PF SOLUCIÓN 0.5 %; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	*
REPEL FAMILY AEROSOL 15 %	\$0 para el Nivel 1	*
REPEL SPORTSMEN DRY AEROSOL 25 %	\$0 para el Nivel 1	*
REPEL SPORTSMEN MAX AEROSOL 40 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>saline gel nasal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>saline aerosol nasal infants/childrens solución 0.65 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SAWYER INSECT REPELLENT AEROSOL 30 %	\$0 para el Nivel 1	*
SAWYER PREMIUM INSECT REPELLENT LÍQUIDO 20 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>scalpicin líquido 3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>senna smooth tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SENNA JARABE 176 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>senna jarabe 8.8 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>senna tableta 8.6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sennosides/docusate sodium tableta 50 mg; 8.6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SESAME OIL	\$0 para el Nivel 1	*
<i>simethicone cápsula 125 mg, 180 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>simethicone suspensión 40 mg/0.6 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>simethicone tableta masticable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SIMPLE JARABE 85 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sleep aid tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sleep-aid cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SM FOAMING ANTACID TABLETA MASTICABLE 80 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	*
SM SLOW RELEASE IRON TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 143 MG	\$0 para el Nivel 1	*
SODIUM BICARBONATE POLVO	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sodium bicarbonate tableta 325 mg, 650 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium chloride pomada 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sodium chloride solución 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SODIUM FLUORIDE SOLUCIÓN 0.5 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>soothe hydration solución 1.25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>soothe xp solución 4.5 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>soothe xp/xtra protection solución 4.5 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SORBITOL POLVO	\$0 para el Nivel 1	*
SORBITOL SOLUCIÓN 70 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
STEVIA EXTRACTO EN POLVO	\$0 para el Nivel 1	*
STEVIA EXTRACTO EN POLVO 90 %	\$0 para el Nivel 1	*
STEVIA PAQUETE 100 MG	\$0 para el Nivel 1	*
STEVOL POLVO DE GLUCÓSIDOS 95 %	\$0 para el Nivel 1	*
STEVIOSIDE EXTRACTO FLUIDO 15 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>stye solución 0.5 %; 0.6 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SUSPENSION VEHICLE SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	*
SYRSPEND SF SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	*
SYRUP VEHICLE SF JARABE	\$0 para el Nivel 1	*
SYRUP VEHICLE JARABE	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYSTANE COMPLETE SOLUCIÓN 0.6 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>systane contacts gotas calmantes</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SYSTANE GEL 0.4 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>terbinafine hydrochloride crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>thera-gesic plus crema 4 %; 25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
TODAY SPONGE 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>tolnaftate aerosol polvo 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>tolnaftate crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>tolnaftate polvo 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>triamcinolone acetonide aerosol 55 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	*
TRIAMINIC FEVER REDUCER PAIN RELIEVER INFANTS JARABE 160 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>tri-buffered aspirin tableta 325 mg; 158 mg; 34 mg; 63 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
TRINATE TABLETA 120 MG; 3000 UNIDADES; 200 MG; 400 UNIDADES; 2 MG; 12 MG; 28 MG; 1 MG; 25 MG; 20 MG; 25 MG; 4 MG; 1.8 MG; 22 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>triple antibiotic plus pain reliever maximum strength pomada 500 unidades/g; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g; 10 mg/g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>triprolidine hci liquido 0.625 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>triprolidine hydrochloride liquido 0.938 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
TRI-VI-SOL A/C/D SOLUCIÓN 50 MG/ML; 10 MG/ML; 250 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRI-VITE/FLUORIDE SOLUCIÓN 35 MG/ML; 0.25 MG/ML; 1500 UNIDADES/ML; 400 UNIDADES/ML, 35 MG/ML; 0.5 MG/ML; 1500 UNIDADES/ML; 400 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	*
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 para el Nivel 1	*
TRUSTEX NON-LUBRICATED	\$0 para el Nivel 1	*
TUSNEL C SYRUP 10 MG/5 ML; 100 MG/5 ML; 30 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>tussin cough long-acting líquido 15 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>tussin cough jarabe 15 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>tussin dm max líquido 10 mg/5 ml; 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<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 para el Nivel 1	*
ULTRATHON INSECT REPELLENT 8 AEROSOL 25 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>urea crema 20 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>urinary pain relief tableta 99.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>uristat ultra/cranberry tableta 99.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vagisil crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE PELÍCULA 28 %	\$0 para el Nivel 1	*
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL 4 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vicks dayquil cold & flu cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VITAMIN A/C/D INFANT/TODDLER SOLUCIÓN 50 MG/ML; 250 MG/ML; 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin b-12 tableta 1000 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin b-6 tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin c tableta 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin c tableta masticable 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d cápsula 50000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d3 cápsula 25 µg, 50000 unidades, 5000 unidades, 50 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d3 gummies tableta masticable 1000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d3 líquido 400 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d-3 tableta 1000 unidades, 2000 unidades, 400 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d3 tableta 5000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>vitamin d3 tableta masticable 400 unidades</i>	\$0 para el Nivel 1	*
VITAMIN D3 TABLETA QUE SE DESINTEGRA 5000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	*
VITAMINS A/C/D/FLUORIDE SOLUCIÓN 35 MG/ML; 0.25 MG/ML; 450 MG/ML; 10 MG/ML, 35 MG/ML; 0.5 MG/ML; 450 MG/ML; 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>wart remover maximum strength líquido 17 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
XANTHAN GUM POLVO	\$0 para el Nivel 1	*
<i>zinc oxide pomada 20 %, 40 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)**

D. Índice de medicamentos cubiertos

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

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
A		<i>aenapine</i>	72
<i>abacavir</i>	24	<i>afirmelle</i>	98
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	27	<i>agua estéril para irrigación</i>	185
ABELCET	23	<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	159
<i>abigale</i>	107	AIMOVIG	86
<i>abigale lo</i>	107	AIRSUPRA	150
ABILIFY	71	AKEEGA	38
ABILIFY MAINTENA	71	<i>ala-cort</i>	154
<i>abiraterone acetate</i>	38	ALAHIST D	161
<i>abirtega</i>	38	<i>albendazole</i>	19
ABRYSVO	129	ALBUSTIX TIRA	161
<i>acamprosate calcium dr</i>	90	<i>albuterol sulfate</i>	147
<i>acarbose</i>	93	<i>albuterol sulfate hfa</i>	147
<i>accutane</i>	151	<i>alclometasone dipropionate</i>	154
<i>acebutolol hydrochloride</i>	57	ALCOHOL PREPS APäITO	162
<i>aceite mineral</i>	177	ALECENSA	40
<i>acetaminophen</i>	160, 161	<i>alendronate sodium</i>	96
<i>acetaminophen/aspirin/caffeine</i>	161	<i>alfuzosin hcl er</i>	120
<i>acetaminophen/codeine</i>	17	<i>aliskiren</i>	61
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	17	<i>allopurinol</i>	14
<i>acetaminophen er 8 horas arthritis pain relief</i>	160	<i>alose tron hydrochloride</i>	117, 118
<i>acetaminophen extra strength</i>	160	<i>alprazolam</i>	64
<i>acetaminophen junior strength</i>	160	ALPRAZOLAM INTENSOL	64
<i>acetaminophen rapid tabs childrens</i>	161	<i>altavera</i>	98
<i>acetazolamide</i>	60	<i>aluminum/magnesium/simethicone</i>	162
<i>acetazolamide er</i>	60	ALUNBRIG	40, 41
<i>acetic acid</i>	145	ALVAIZ	123
<i>acetic acid 0.25 %</i>	120	ALVESCO	150
<i>acetylcysteine</i>	110, 148	<i>alyacen 1/35</i>	98
<i>acid gone</i>	161	<i>alyacen 7/7/7</i>	98
ACIDOPHILUS LACTOBACILLI	161	<i>amantadine hcl</i>	70
<i>acidophilus/pectin</i>	161	<i>ambrisentan</i>	63
ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND	161	<i>amethyst</i>	98
<i>acitretin</i>	153	<i>amikacini sulfate</i>	19
ACTHIB	129	<i>amiloride hcl</i>	60
ACTIMMUNE	128	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	60
<i>acyclovir</i>	29	<i>aminophylline</i>	148
<i>acyclovir sodium</i>	29	<i>amiodarone hydrochloride</i>	54
ADACEL	129	<i>amitriptyline hcl</i>	66
<i>adapalene</i>	161	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	66
<i>adefovir dipivoxil</i>	29	<i>amlodipine besylate</i>	58
ADEMPAS	63	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	61

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	50	<i>atenolol/chlorthalidone</i>	57
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	52	<i>atomoxetine</i>	84
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	52	<i>atorvastatin calcium</i>	55
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	52	<i>atovaquone</i>	19
<i>ammonium lactate</i>	157, 162	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	24
<i>amnestem</i>	151	<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	24
<i>amoxapine</i>	66	<i>atropine sulfate</i>	144
<i>amoxicillin</i>	35	ATROVENT HFA	146
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	35	<i>aubra eq</i>	98
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	34	AUGTYRO	41
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	84	<i>aurovela 1.5/30</i>	98
<i>amphotericin b</i>	23	<i>aurovela 1/20</i>	98
<i>amphotericin b liposome</i>	23	<i>aurovela 24 fe</i>	98
<i>ampicillin</i>	35	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	98
<i>ampicillin sodium</i>	35	<i>aurovela fe 1/20</i>	98
<i>ampicillin-sulbactam</i>	35	AUSTEDO	87, 88
<i>ampicillin/sulbactam</i>	35	AUSTEDO XR	87
<i>anagrelide hydrochloride</i>	123	AUVELITY	66
<i>anastrozole</i>	38	<i>aveeno baby soothing multi-purpose</i>	162
ANORO ELLIPTA	145	<i>aviane</i>	98
<i>antacid & anti-gas maximum strength</i>	162	AVMAPKI FAKZYNJA	41
<i>antacid extra strength</i>	162	AYR NASAL DROPS	162
<i>antibiotic + pain relief maximum strength</i>	162	<i>ayuna</i>	98
APÓSITOS DE GASA CURITY	92	AYVAKIT	41
<i>aprepitant</i>	113, 114	<i>azathioprine</i>	128
<i>apri</i>	98	AZATHIOPRINE	128
APTOM	77	<i>azelaic acid</i>	157
APTIVUS	25	<i>azelastine hcl</i>	143
<i>aranella</i>	98	<i>azelastine hydrochloride</i>	146
ARCALYST	128	<i>azithromycin</i>	33
AREXVY	129	<i>aztreonam</i>	19
ARIKAYCE	19	<i>azurette</i>	98
<i>aripiprazole</i>	71	B	
ARISTADA	71, 72	<i>b-12 quick dissolve</i>	163
<i>armodafinil</i>	89	<i>bacitracin</i>	140, 163
ARNUITY ELLIPTA	150	<i>bacitracin/neomycin/polymyxin</i>	163
<i>artificial tears</i>	162	<i>bacitracin/polymyxin</i>	163
<i>ashlyna</i>	98	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	140
ASPARLAS	40	<i>bacitracin zinc</i>	163
<i>aspirin</i>	162	<i>baclofen</i>	89
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	124	BAFIERTAM	88
<i>aspirin regular strength</i>	162	<i>balmex multi-purpose</i>	163
ASTAGRAF XL	128	<i>balsalazide disodium</i>	116
ATABEX OB	162	BALVERSA	41
<i>atazanavir</i>	25	<i>balziva</i>	98
<i>atazanavir sulfate</i>	25	BARACLUDE	29
<i>atenolol</i>	57		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>bayer advanced aspirin extra strength</i>	163	BRAFTOVI.....	41
BCG	129	BREO ELLIPTA	150
BD ALCOHOL SWABS	91	BREZTRI	145
BD GLUCOSE TABLETA	163	<i>briellyn</i>	99
BD INSULIN JERINGA.....	91	<i>brimonidine tartrate</i>	143
BD PEN	91	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	143
BD PEN AGUJA/ORIGINAL/ ULTRAFINA/29 G X 1/2.....	91	<i>brinzolamide</i>	143
<i>benazepril hydrochloride</i>	51	BRIVIACT.....	77
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	50	<i>bromfenac</i>	142
BENLYSTA.....	128	<i>bromfenac sodium</i>	142
<i>benzoyl peroxide</i>	163	<i>bromocriptine mesylate</i>	70
BENZOYL PEROXIDE	163	BRUKINSA	41
<i>benzoyl peroxide wash</i>	163	<i>budesonide</i>	150
<i>benztropine mesylate</i>	70	<i>budesonide aerosol nasal</i>	164
BENZYL ALCOHOL	163	<i>budesonide dr</i>	116
BENZYL BENZOATE	163	<i>budesonide er</i>	116
BERINERT	123	<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	150
BESIVANCE.....	140	<i>bumetanide</i>	60, 61
BESREMI	40	<i>buprenorphine</i>	16
<i>betaine anhydrous polvo</i>	110	<i>buprenorphine hcl</i>	90
<i>betamethasone dipropionate</i>	154	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	90
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	154	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	90
<i>betamethasone valerate</i>	154	<i>bupropion</i>	66
BETASERON	88	<i>bupropion hydrochloride er</i>	66, 90
<i>betaxolol hcl</i>	57, 143	<i>buspirone hcl</i>	64
<i>bethanechol chloride</i>	120	<i>buspirone hydrochloride</i>	64
BEVESPI	145	<i>butenafine hydrochloride</i>	164
<i>bexarotene</i>	40, 157	<i>butorphanol tartrate</i>	17
BEXSERO	129	C	
<i>bicalutamide</i>	38	<i>cabergoline</i>	110
BICILLIN L-A.....	35	CABOMETYX	41
BIKTARVY.....	27	CALAMINE LOCIÓN	164
BIMZELX.....	125	<i>calcipotriene</i>	153
BION TEARS	163	<i>calcitonin-salmon</i>	96
<i>bisacodyl</i>	163	<i>calcitrene</i>	153
<i>bisacodyl supositorio</i>	163	<i>calcitriol</i>	113
<i>bismuth subsalicylate</i>	163	CALCITRIOL.....	153
<i>bisoprolol</i>	57	CALCIUM + D3	164
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	57	<i>calcium 500 + d</i>	164
<i>blisovi 24 fe</i>	99	CALCIUM 500 + D3 HIGH POTENCY.....	164
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	99	<i>calcium 600 + d</i>	164
<i>blisovi fe 1/20</i>	99	<i>calcium 600+ d plus minerals</i>	164
BONSITY	96	<i>calcium 600 + minerals</i>	164
BOOSTRIX.....	129	<i>calcium 600/vitamin d</i>	164
<i>bosentan</i>	63	<i>calcium acetate</i>	164
BOSULIF	41	<i>calcium antacid extra strength</i>	164

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>calcium antacid ultra</i>	164	CEFAZOLIN SODIUM	31
<i>calcium carbonate</i>	164	<i>cefdinir</i>	32
<i>calcium citrate</i>	164	<i>cefepime</i>	32
<i>calcium oyster shell</i>	164	<i>cefixime</i>	32
<i>calcium polycarbophil</i>	165	<i>cefotetan</i>	32
<i>calcium tableta 500 mg</i>	165	<i>cefoxitin</i>	32
<i>calcium tableta 1500 mg, 600 mg</i>	165	<i>cefpodoxime proxetil</i>	32
<i>calcium/vitamin d</i>	165	<i>cefprozil</i>	32
CALQUENCE	41	<i>ceftazidime</i>	32
<i>camila</i>	99	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	32
CAMRESE	99	<i>ceftriaxone sodium</i>	32, 33
CAMRESE LO	99	CEFTRIAZONE SODIUM	32
<i>candesartan cilexetil</i>	53	<i>cefuroxime axetil</i>	33
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	52	<i>cefuroxime sodium</i>	33
CAPLYTA	72	<i>celecoxib</i>	14
CAPRELSA	41, 42	<i>cephalexin</i>	33
<i>capsaicin</i>	165	<i>cerave baby healing</i>	165
<i>captopril</i>	51	CERDELGA	110
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	50	<i>cetirizine hcl</i>	165
<i>carbamazepine</i>	77	<i>cetirizine hydrochloride</i>	146, 165
<i>carbamazepine er</i>	77	<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine</i> <i>hydrochloride</i>	165
<i>carbamoxide ear drops</i>	165	<i>cevimeline hydrochloride</i>	159
<i>carbidopa</i>	70	<i>charlotte 24 fe</i>	99
<i>carbidopa/levodopa</i>	70	<i>chateal eq</i>	99
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE	70	CHEMET	97
<i>carbidopa/levodopa er</i>	70	<i>chemstrip 2 ln tiras</i>	165
<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables</i>	70	<i>chemstrip 9 tiras</i>	165
<i>carbinoxamine maleate</i>	146	CHEMSTRIP UGK TIRA	166
<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	165	CHERRY JARABE	166
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic</i>	165	<i>chewable vitamin c</i>	166
<i>carboxymethylcellulose sodium solución oftálmica</i>	165	<i>childrens pepto</i>	166
<i>carglumic acid</i>	110	CHLOPHEDIANOL/DEXCHLOPHENIRAMINE./ PSEUDOEPHEDRINE	166
<i>carteolol hcl</i>	143	<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	19
<i>cartia xt</i>	58	<i>chloraseptic</i>	166
<i>carvedilol</i>	57	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	64
<i>carvedilol phosphate er</i>	57	<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	64
<i>caspofungin acetate</i>	23	<i>chlorhexidine gluconate</i>	159
<i>castor oil</i>	165	<i>chloroquine phosphate</i>	24
<i>castor oil stimulant laxative</i>	165	<i>chlorpheniramine maleate</i>	166
CAYSTON	19	<i>chlorpromazine hcl</i>	72
<i>cefaclor</i>	31	<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	72
CEFACTOR ER	31	<i>chlorthalidone</i>	61
<i>cefadroxil</i>	31	<i>chocolated laxative</i>	166
<i>cefazolin</i>	31, 32	<i>cholestyramine</i>	55, 56
CEFAZOLIN	31, 32	<i>cholestyramine light</i>	55
CEFAZOLIN/DEXTROSE	31		
<i>cefazolin sodium</i>	31		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ciclopirox</i>	152	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	152
<i>ciclopirox olamine</i>	152	<i>clotrimazole external</i>	166
<i>cilostazol</i>	123	<i>clotrimazole past. para chup.</i>	159
CILOXAN	140	<i>clotrimazole vaginal</i>	166
CIMDUO	27	<i>clozapine</i>	72
<i>cimetidine</i>	116, 166	<i>clozapine tabs. bucodispersables</i>	72
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	66, 110	CLOZAPINE TABS. BUCODISPERSABLES	72
<i>ciprofloxacin</i>	145	COARTEM	24
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	145	COBENFY	72
<i>ciprofloxacin hcl</i>	34	COBENFY STARTER PACK	72
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	34, 141	CODEINE SULFATE	17
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	34	<i>colchicine</i>	14
CIPRO HC	145	<i>cold & cough childrens</i>	166
<i>citalopram hydrobromide</i>	66	<i>cold/flu daytime relief</i>	166
<i>claravis</i>	151	COLEMAN 100 MAX INSECT REPELLENT/ CONTINUOUS SPRAY	167
<i>clarithromycin</i>	33	COLEMAN INSECT REPELLENT/HIGH & DRY ..	167
<i>clarithromycin er</i>	33	COLEMAN INSECT REPELLENT/SPORTSMEN ..	167
<i>clear eyes natural tears lubricant</i>	166	<i>colesevelam hydrochloride</i>	56
<i>clemastine fumarate</i>	146	<i>colestipol hydrochloride</i>	56
CLENPIQ	117	<i>colistimethate sodium</i>	19
<i>clindacin</i>	151	COMBIGAN	143
<i>clindamycin</i>	19, 151	COMBIVENT RESPIMAT	145
<i>clindamycin hcl</i>	19	COMETRIQ KIT	42
<i>clindamycin hydrochloride</i>	19	<i>compro</i>	114
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	19	CONDOMS	167
<i>clindamycin phosphate</i>	121, 151	<i>consulose</i>	117
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	19	COPIKTRA	42
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE	19	CORLANOR	62
CLINIMIX 6/5	137	<i>corn and callus remover</i>	167
CLINIMIX 8/10	138	<i>cortizone-10 feminine itch relief maximum strength</i> ..	167
CLINIMIX 8/14	138	COTELLIC	42
CLINOLIPID	138	<i>cottonseed oil</i>	167
<i>clinpro 5000 pasta</i>	159	CREMA HIDRATANTE	177
<i>clobazam</i>	77	CREON	118
<i>clobetasol propionate</i>	154, 155	CRESEMBA	23
<i>clobetasol propionate e</i>	154	<i>cromolyn sodium</i>	118, 143, 148, 167
<i>clodan</i>	155	<i>cryselle-28</i>	99
<i>clomipramine hydrochloride</i>	66	CULTURELLE ADULT ULTIMATEBALANCE	167
<i>clonazepam</i>	77, 78	CULTURELLE DIGESTIVE DAILY PROBIOTIC PRO STRENGTH	167
<i>clonazepam tabs. bucodispersables</i>	77	CULTURELLE DIGESTIVE HEALTH	167
<i>clonidine</i>	62	CULTURELLE HEALTH & WELLNESS	167
<i>clonidine hydrochloride</i>	61	CULTURELLE ULTIMATE STRENGTH PROBIOTIC	167
<i>clopidogrel</i>	124	CUTTER AEROSOL	167
<i>clorazepate dipotassium</i>	78	CUTTER ALL FAMILY	167
<i>clorzoxazone</i>	89		
<i>clotrimazole</i>	152, 166		
<i>clotrimazole 3</i>	166		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CUTTER BACKWOODS DRY	167	DEPO-SUBQ PROVERA.....	99
CUTTER SKINSATIONS	167	DESCOVY.....	27
CUTTER SPORT.....	168	<i>desipramine hydrochloride</i>	66
CVS INSECT REPELLENT	168	<i>desitin multi-purpose healing</i>	168
<i>cvs natural tears pf</i>	168	<i>desloratadine</i>	146
<i>cvs scalp relief</i>	168	<i>desloratadine tab. bucodispersable</i>	146
<i>cvs sleep-aid nighttime</i>	168	<i>desmopressin acetate</i>	110
CVS TOTAL HOME INSECT REPELLENT	168	<i>desonide</i>	155
<i>cyanocobalamin</i>	168	<i>desoximetasone</i>	155
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	89	<i>dessmopressin acetate</i>	110
<i>cyclophosphamide cápsula</i>	37	<i>desvenlafaxine er</i>	66
CYCLOPHOSPHAMIDE TABLETA	37	<i>dexamethasone</i>	108
<i>cycloserine</i>	28	<i>dexamethasone intensol</i>	108
<i>cyclosporine</i>	128	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	142
<i>cyclosporine modified</i>	128	<i>dexlansoprazole</i>	119
<i>cyproheptadine hcl</i>	146	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	84
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	146	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	84
<i>cyred eq</i>	99	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	85
CYSTAGON	110	<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	84, 85
CYSTARAN	144	<i>dextroamphetamine</i>	85
D		<i>dextroamphetamine sulfate</i>	85
<i>dabigatran</i>	121	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	85
<i>dalfampridine er</i>	88	<i>dextromethorphan/guaifenesin</i>	168
<i>danazol</i>	91	<i>dextromethorphan/guaifenesin/phenylephrine</i>	168
<i>dantrolene sodium</i>	89	<i>dextromethorphan hbr</i>	168
DANZITEN	42	<i>dextromethorphan hydrobromide/guaifenesin</i>	168
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL.....	93	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	168
<i>dapsone</i>	19, 151	DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %... 132	
DAPTACEL	129	<i>dextrose 5 %</i>	138
<i>daptomycin</i>	20	DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE n.º 48.....	132
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE.....	20	DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS.....	132
<i>darunavir</i>	25	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %.....	132
<i>dasatinib</i>	42	<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 %</i>	132
<i>dasetta 1/35</i>	99	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 %.....	132
<i>dasetta 7/7/7</i>	99	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.33 %.....	132
DAURISMO	42	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %.....	132
<i>daysee</i>	99	<i>dextrose 10 %</i>	138
<i>day-time pe cold/flu relief</i>	168	DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %.....	132
DAYVIGO	86	DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %....	132
<i>deblitane</i>	99	<i>dextrose 50 %</i>	138
<i>deferasirox</i>	97	<i>dextrose 70 %</i>	138
DELSTRIGO	27	<i>dextrose/sodium chloride</i>	132
<i>delyla</i>	99	DHS TAR CHAMPÚ.....	168
DENG VAXIA	129	DIACOMIT.....	78
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE.....	159	DIASTIX TIRA	168
<i>dentagel</i>	159	<i>diazepam</i>	78
		DIAZEPAM GEL RECTAL.....	78

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>diazepam intensol</i>	78	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	143
<i>diazoxide</i>	109	<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	143
<i>diclofenac potassium</i>	14	<i>dotti</i>	107
<i>diclofenac sodium</i>	142, 157, 168	DOVATO.....	27
<i>diclofenac sodium dr</i>	15	<i>doxazosin mesylate</i>	52
<i>diclofenac sodium er</i>	15	<i>doxepin hcl</i>	66
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	15	<i>doxepin hydrochloride</i>	67, 86, 157
<i>dicloxacillin sodium</i>	35	<i>doxercalciferol</i>	113
<i>dicyclomine hcl</i>	115	<i>doxy 100</i>	36
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	115	<i>doxycycline</i>	37, 157
DIFICID.....	33	<i>doxycycline hyclate</i>	36
<i>diflunisal</i>	15	<i>doxycycline monohydrate</i>	36, 37
<i>difluprednate</i>	142	DRIZALMA.....	67
<i>digox</i>	62	<i>dronabinol</i>	114
<i>digoxin</i>	62	<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	100
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	86	<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i> ...	99
DILANTIN.....	78	<i>droxidopa</i>	62
DILANTIN-125.....	78	<i>dry eye relief drops</i>	169
DILANTIN INFATABS.....	78	DUAVEE.....	107
<i>diltiazem</i>	59	DULERA.....	150
<i>diltiazem hcl</i>	59	<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	67
DILTIAZEM HCL.....	58	DUPIXENT.....	125
<i>diltiazem hcl er</i>	58	DUREX REALFEEL DISPOSITIVO SIN LÁTEX..	169
<i>diltiazem hydrochloride</i>	59	<i>dutasteride</i>	120
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	59	<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	120
<i>dilt-xr</i>	58	D-VI-SOL.....	169
<i>dimenhydrinate</i>	168	E	
DIMENHYDRINATE.....	114	<i>econazole nitrate</i>	153
<i>diphenhydramine hcl</i>	168	EDARBI.....	53
<i>diphenhydramine hcl/zinc acetate</i>	169	EDARBYCLOR.....	52
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	146, 169	<i>ed chlorped jr</i>	169
<i>diphenoxylate/atropine</i>	118	EDURANT.....	25
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	118	EDURANT PED.....	25
<i>dipyridamole</i>	124	<i>efavirenz</i>	25
<i>disopyramide phosphate</i>	54	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	27
<i>disulfiram</i>	90	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	27
<i>divalproex sodium dr</i>	78	<i>effe-k</i>	134
<i>divalproex sodium er</i>	78	<i>effervescent pain relief</i>	169
<i>docosanol</i>	169	<i>eletriptan hydrobromide</i>	86
<i>docusate calcium</i>	169	ELIGARD.....	38
<i>docusate sodium</i>	169	<i>elinest</i>	100
DOCUSATE SODIUM.....	169	ELIQUIS.....	122
<i>dofetilide</i>	54	ELIQUIS PAQ. INICIAL.....	122
<i>dolishale</i>	99	<i>eluyring</i>	100
<i>donepezil hcl</i>	65	EMEND.....	114
<i>donepezil hydrochloride</i>	65	EMSAM.....	67
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	143		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>emtricitabine</i>	25	<i>esomeprazole magnesium</i>	119, 170
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	28	<i>esomeprazole magnesium dr</i>	170
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	28	<i>esomeprazole sodium</i>	119
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	28	<i>estarylla</i>	100
EMTRIVA	25	<i>estradiol</i>	107
EMVERM	20	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	107
<i>emzahh</i>	100	<i>estradiol valerate</i>	107
<i>enalapril maleate</i>	51	ESTRING	108
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	50	<i>ethambutol hydrochloride</i>	28
ENBREL	125	<i>ethosuximide</i>	79
ENBREL MINI	125	ETHYL OLEATE	170
ENBREL SURECLICK	125	<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	100
ENCARE	169	<i>etodolac</i>	15
<i>endocet</i>	17	<i>etodolac er</i>	15
<i>enema disposable</i>	169	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	100
ENERGIX-B	129	<i>etravirine</i>	25
<i>enilloring</i>	100	EUCRISA	157
<i>enoxaparin sodium</i>	122	EULEXIN	38
<i>enskyce</i>	100	<i>everolimus</i>	42, 128
<i>entacapone</i>	70	EVOTAZ	28
<i>entecavir</i>	29	<i>exemestane</i>	38
ENTRESTO	52	EX-LAX	170
<i>enulose</i>	117	EXTENCILLINE	35
EPCLUSA	29, 30	<i>eye allergy relief</i>	170
EPIDIOLEX	79	EYSUVIS	144
<i>epinastine hcl</i>	143	<i>ezetimibe</i>	56
<i>epinephrine</i>	148	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	56
<i>eplerenone</i>	51	F	
<i>epoprostenol sodium</i>	63	<i>falmina</i>	100
EPRONTIA	79	<i>famciclovir</i>	30
<i>ergocalciferol</i>	169	<i>famotidine</i>	116, 170
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	87	<i>famotidine premixed</i>	116
ERIVEDGE	42	FANAPT	73
ERLEADA	38	FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS A ..	73
<i>erlotinib hydrochloride</i>	42	FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS B ..	73
<i>errin</i>	100	FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS C ..	73
<i>ertapenem sodium</i>	20	FARXIGA	93
<i>ery</i>	151	FASENRA	148
<i>erythromycin dr</i>	34	<i>fc2 female condom</i>	170
<i>erythromycin</i>	141, 151	<i>febuxostat</i>	14
<i>erythromycin base</i>	33	<i>feirza 1.5/30</i>	100
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	151	<i>feirza 1/20</i>	100
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	34	<i>felbamate</i>	79
<i>erythromycin lactobionate</i>	34	<i>felodipine er</i>	59
ERZOFRI	73	<i>fenofibrate</i>	55
<i>escitalopram oxalate</i>	67	<i>fenofibrate micronized</i>	55
<i>eslicarbazepine acetate</i>	79		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fenofibric acid dr</i>	55	<i>fluoride</i>	134
<i>fenoprofen calcium</i>	15	<i>fluoridex daily defense</i>	159
FENOPROFEN CALCIUM.....	15	FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE ...	159
<i>fentanyl</i>	16	<i>fluorimax 5000</i>	159
FERRETT'S CHEWABLE IRON.....	170	FLUORIMAX 5000 SENSITIVE.....	159
<i>ferrous fumarate 324</i>	170	<i>fluorometholone</i>	142
<i>ferrous gluconate tableta 240 mg, 324 mg</i>	170	<i>fluorouracil</i>	157
<i>ferrous gluconate tableta 324 mg</i>	170	FLUOROURACIL.....	157
<i>ferrous sulfate</i>	170	<i>fluoxetine dr</i>	67
<i>ferrous sulfate tableta de liberación retardada</i> 324 mg.....	170	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	67, 68
<i>ferrous sulfate tableta de liberación retardada</i> 325 mg.....	170	<i>fluphenazine decanoate</i>	73
<i>fesoterodine fumarate er</i>	120	<i>fluphenazine hcl</i>	73
FETZIMA.....	67	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	73
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS ...	67	<i>flurbiprofen</i>	15
<i>fexofenadine hcl childrens allergy</i>	170	<i>flurbiprofen sodium</i>	142
<i>fexofenadine hydrochloride</i>	170	<i>fluticasone</i>	150
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine</i> <i>hydrochloride er</i>	170	<i>fluticasone propionate</i>	149, 156, 171
FIASP.....	92	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	151
FIASP FLEXTOUCH.....	92	FLUTICASONE PROPIONATE/SALMETEROL HFA.....	150
FIASP PENFILL.....	92	<i>fluvastatin</i>	55
FIASP PUMPCART.....	92	<i>fluvastatin sodium er</i>	55
<i>fiber powder</i>	171	<i>fluvoxamine maleate</i>	64
<i>fidaxomicin</i>	34	<i>fluvoxamine maleate er</i>	64
<i>finasteride</i>	120	<i>folic acid</i>	171
<i>finingolimod hydrochloride</i>	88	<i>folic acid/vitamin b-6/vitamin b-12</i>	171
FINTEPLA.....	79	FOLPLEX 2.2.....	171
<i>finzala</i>	100	<i>fomepizole</i>	110
FIRMAGON.....	38, 39	<i>fondaparinux sodium</i>	122
<i>flac</i>	145	<i>fora gtel blood ketone tiras reactivas</i>	171
<i>flanders buttocks</i>	171	<i>fosamprenavir calcium</i>	25
FLAREX.....	142	<i>fosfomycin tromethamine</i>	20
FLAVORX.....	171	<i>fosinopril sodium</i>	51
<i>flecainide acetate</i>	54	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	51
<i>fluconazole</i>	23	<i>fosphenytoin sodium</i>	79
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	23	FOTIVDA.....	43
<i>fluconazole/sodium chloride</i>	23	FRAGMIN.....	122
<i>flucytosine</i>	23	<i>fraiche 5000 dental</i>	159
<i>fludrocortisone acetate</i>	108	FRUZAQLA.....	43
<i>flunisolide</i>	149	<i>furosemide</i>	61
<i>fluocinolone acetonide</i>	145, 155	FUZEON.....	25
<i>fluocinolone acetonide para el cuero cabelludo</i>	155	<i>fyavolv</i>	108
<i>fluocinolone acetonide para el cuerpo</i>	155	FYCOMPA.....	79
<i>fluocinonide</i>	155		
<i>fluocinonide emulsified base</i>	155		
		G	
		<i>gabapentin</i>	79
		<i>galantamine hydrobromide</i>	65

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>galantamine hydrobromide er</i>	65	<i>glycerin infant suppository</i>	172
<i>galbriela</i>	100	<i>glycopyrrolate</i>	115
<i>gallifrey</i>	112	GLYXAMBI	94
GAMASTAN	127	GNP PROBIOTIC EXTRA STRENGTH.....	172
GAMMAKED.....	127	<i>gnp vitamin a/d ointment</i>	172
GAMUNEX-C	127	GOMEKLI	43
<i>ganciclovir</i>	30	GOOD START SUPREME STERILE WATER	172
GARDASIL 9	129	<i>granisetron hydrochloride</i>	114
<i>gatifloxacin</i>	141	<i>griseofulvin microsize</i>	23
GATTEX	118	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	23
<i>gavilyte-c</i>	117	<i>guaifenesin</i>	172
<i>gavilyte-g</i>	117	<i>guaifenesin/codeine</i>	172
<i>gavilyte-n/paquete saborizado</i>	117	<i>guaifenesin/dextromethorphan</i>	172
GAVISCON	171	<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide</i>	172
GAVRETO	43	<i>guaifenesin er</i>	172
<i>gefitinib</i>	43	<i>guanfacine</i>	85
<i>gemfibrozil</i>	55	<i>guanfacine hydrochloride</i>	62
GEMTESA.....	120	H	
<i>generlac</i>	117	HADLIMA.....	125
<i>gengraf</i>	128	HADLIMA PUSHTOUCH.....	125
GENOTROPIN	110	HAEGARDA	124
GENOTROPIN MINISQUICK	110	<i>hailey 1.5/30</i>	100
<i>gentamicin sulfate</i>	20, 141, 152	<i>hailey 24 fe</i>	100
<i>gentamicin sulfate pediátrico</i>	20	<i>hailey fe 1.5/30</i>	100
<i>gentamicin sulfate/sodium chloride</i>	20	<i>hailey fe 1/20</i>	100
<i>genteal severe tears</i>	171	<i>halobetasol propionate</i>	156
<i>genteal tears liquid drops moderate</i>	171	<i>haloette</i>	101
<i>genteal tears mild</i>	171	<i>haloperidol</i>	73
GENTEAL TEARS MODERATE PF	171	<i>haloperidol decanoate</i>	73
GENTEAL TEARS SEVERE DAY/NIGHT	171	<i>haloperidol lactate</i>	73
GENVOYA	28	HAVRIX	129
GILOTRIF	43	<i>heather</i>	101
<i>glatiramer acetate</i>	88, 89	<i>hemorrhoidal pomada</i>	172
<i>glatopa</i>	89	<i>heparin sodium</i>	123
GLEOSTINE.....	37	HEPARIN SODIUM.....	122
<i>glimepiride</i>	93	HEPARIN SODIUM/D5W	122
<i>glipizide</i>	94	HEPARIN SODIUM/DEXTROSE.....	122
<i>glipizide er</i>	94	HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 %.....	122
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	94	HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE.....	122
GLUCOSE (DEXTROSE) 50 %	138	HEPLISAV-B	130
GLUCOSE (DEXTROSE) 70 %	138	HERNEXEOS.....	43
<i>glucose gel</i>	171	HIBERIX	130
GLUCOSE TABLETA.....	171	<i>histex</i>	172
GLYCERIN.....	171	HUMIRA.....	125
<i>glycerin adult supositorio</i>	171	HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO).....	92
<i>glycerin external liquido</i>	171	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	92
<i>glycerin infants & children suppository</i>	172		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>hydralazine hcl</i>	62	INCRELEX.....	110
<i>hydralazine hydrochloride</i>	62	INCRUSE ELLIPTA.....	146
<i>hydrochlorothiazide</i>	61	<i>indapamide</i>	61
<i>hydrocodone</i>	17	INFANRIX.....	130
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	18	INLYTA.....	44
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	17	INQOVI.....	37
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	16	INREBIC.....	44
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	18	INSTA-GLUCOSE GEL.....	173
<i>hydrocortisone</i>	109, 116, 156, 172, 173	INSULIN ASPART.....	92
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	145	INSULIN ASPART FLEXPEN.....	92
<i>hydrocortisone/aloe</i>	173	INSULIN ASPART PENFILL.....	92
<i>hydrocortisone perianal</i>	157	INTELENCE.....	25
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	109	<i>introvale</i>	101
<i>hydrocortisone valerate</i>	156	INVEGA HAFYERA.....	74
<i>hydrolatum</i>	173	INVEGA SUSTENNA.....	74
<i>hydromorphone hcl</i>	18	INVEGA TRINZA.....	74
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE.....	18	<i>inyección de electrolitos múltiples tipo 1</i>	133
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	127	IPOL INACTIVADA IPV.....	130
<i>hydroxyurea</i>	40	<i>ipratropium bromide</i>	146
<i>hydroxyzine hcl</i>	147	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	145
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	147	<i>irbesartan</i>	53
<i>hydroxyzine pamoate</i>	147	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	52
I		<i>iron</i>	173
<i>ibandronate sodium</i>	96	IRON.....	173
IBRANCE.....	43	<i>iron 100 plus</i>	173
IBTROZI.....	43	IRON CHEWS PEDIATRIC.....	173
<i>ibu</i>	15	ISENTRESS.....	25
<i>ibuprofen</i>	15, 173	ISENTRESS HD.....	25
<i>ibuprofen infants</i>	173	<i>isibloom</i>	101
<i>ibuprofen junior strength</i>	173	ISOLYTE-P/DEXTROSE 5 %.....	132
<i>icatibant acetate</i>	124	ISOLYTE-S.....	132
<i>iclevia</i>	101	ISOLYTE-S PH 7.4.....	132
ICLUSIG.....	43	<i>isoniazid</i>	29
IDHIFA.....	43	<i>isopropyl alcohol toallitas</i>	173
<i>imatinib mesylate</i>	43	<i>isosorbide dinitrate</i>	63
IMBRUVICA.....	43, 44	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	62
<i>imipenem/cilastatin</i>	20	<i>isosorbide mononitrate er</i>	63
<i>imipramine hcl</i>	68	<i>isotonic gentamicin</i>	20
<i>imipramine hydrochloride</i>	68	<i>isotretinoin</i>	151
<i>imiquimod</i>	158	<i>isradipine</i>	59
IMIQUIMOD PUMP.....	158	ITOVEBI.....	44
IMKELDI.....	44	<i>itraconazole</i>	23
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	130	<i>ivabradine hydrochloride</i>	62
IMPAVIDO.....	20	<i>ivermectin</i>	20, 173
INBRIJA.....	70	IVIZIA SEVERE/NIGHT DRY EYES.....	174
<i>incassia</i>	101	IWILFIN.....	40
		IXCHIQ.....	130

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
J		K	
<i>jaimiess</i>	101	<i>kaitlib fe</i>	101
JAKAFI	44	KALETRA	28
<i>jantoven</i>	123	<i>kalliga</i>	101
JANUMET	94	KALYDECO	148
JANUMET XR	94	<i>kaopectate</i>	174
JANUVIA	94	<i>kaopectate extra strength</i>	174
JARDIANCE	94	<i>kariva</i>	101
<i>jasmiel</i>	101	KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.9 %	133
<i>javygtor</i>	110, 111	KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.45 %	133
JAYPIRCA	44	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.2 %	133
<i>jencycla</i>	101	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.9 %	133
JENTADUETO	94	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.45 %	133
JENTADUETO XR	94	KCL 0.075 %/D5W/NACL 0.45 %	133
<i>jinteli</i>	108	KEIMPTA	89
JOLESSA	101	<i>kelnor 1/35</i>	102
<i>juleber</i>	101	KERENDIA	51
JULUCA	28	<i>ketoconazole</i>	23, 153
<i>junel 1.5/30</i>	101	<i>ketodan</i>	153
<i>junel 1/20</i>	101		
<i>junel fe 1.5/30</i>	101		
<i>junel fe 1/20</i>	101		
<i>junel fe 24</i>	101		
<i>just right 5000</i>	159		
<i>just tears eye drops</i>	174		
JYLAMVO	127		
JYNNEOS	130		
K		L	
		<i>labetalol hydrochloride</i>	57
		<i>lacosamide</i>	79, 80
		<i>lactated ringers</i>	133
		<i>lactobacillus</i>	174
		LACTOSE MONOHYDRATE	174
		<i>lactulose</i>	117
		<i>lamivudine</i>	26, 30
		<i>lamivudine/zidovudine</i>	28
		<i>lamotrigine</i>	80
		<i>lamotrigine er</i>	80
		<i>lamotrigine kit inicial/azul</i>	80
		<i>lamotrigine starter kit/green</i>	80
		<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	80
		<i>lamotrigine tabs. bucodispersables</i>	80
		<i>lansoprazole</i>	119, 174
		LANTUS	92
		LANTUS SOLOSTAR	92
		<i>lapatinib ditosylate</i>	44
		<i>larin 1.5/30</i>	102

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>larin 1/20</i>	102	<i>lice killing champú</i>	174
<i>larin 24 fe</i>	102	<i>lice treatment</i>	174
<i>larin fe 1.5/30</i>	102	<i>lidocaine</i>	14, 157, 174, 175
<i>larin fe 1/20</i>	102	<i>lidocaine hcl</i>	54
<i>latanoprost</i>	143	LIDOCAINE HCL.....	54
<i>laxative maximum strength</i>	174	LIDOCAINE HCL IN D5W.....	54
LAZCLUZE.....	44, 45	<i>lidocaine hydrochloride</i>	175
<i>leftunomide</i>	127	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	160
<i>lenalidomide</i>	39, 40	<i>lidocaine/prilocaine</i>	156
LENTOCILIN.....	36	<i>lidocaine viscous</i>	160
LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA.....	45	<i>lidocan</i>	157
LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA.....	45	LILETTA DISPOSITIVO INTRAUTERINO.....	102
LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA.....	45	<i>linezolid</i>	20
LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA.....	45	LINEZOLID.....	20
LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA.....	45	LINZESS.....	118
LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA.....	45	<i>liothyronine sodium</i>	113
LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA.....	45	<i>lisdexamphetamine dimesylate</i>	85
LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA.....	45	<i>lisinopril</i>	51
<i>lessina</i>	102	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	51
<i>letrozole</i>	39	<i>lithium</i>	88
<i>leucovorin calcium</i>	40	<i>lithium carbonate</i>	88
LEUKERAN.....	37	<i>lithium carbonate er</i>	88
<i>leuprolide acetate</i>	39	LIVTENCITY.....	30
<i>levalbuterol</i>	148	<i>loción hidratante</i>	177
<i>levalbuterol hcl</i>	147	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	102
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	147	<i>loestrin 1/20-21</i>	102
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA.....	148	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	103
<i>levetiracetam</i>	80	<i>loestrin fe 1/20</i>	103
<i>levetiracetam er</i>	80	LOHIST-DM JARABE.....	175
<i>levetiracetam/sodium chloride</i>	80	<i>lojaimiess</i>	103
LEVETIRACETAM/SODIUM CHLORIDE.....	80	LOKELMA.....	97
<i>levobunolol hcl</i>	143	LONSURF.....	37
<i>levocarnitine</i>	111	<i>loperamide hydrochloride</i>	118, 175
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	147, 174	LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE.....	175
<i>levofloxacin</i>	34, 141	<i>lopinavir/ritonavir</i>	28
<i>levofloxacin in d5w</i>	34	<i>loratadine</i>	175
<i>levonest</i>	102	<i>loratadine childrens</i>	175
<i>levonorgestrel</i>	174	<i>loratadine-d 12hr</i>	175
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	102	<i>loratadine-d 24hr</i>	175
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	102	<i>lorazepam</i>	65
<i>levora 0.15/30-28</i>	102	<i>lorazepam intensol</i>	65
<i>levo-t</i>	112	LORBRENA.....	45
<i>levothyroxine sodium</i>	113	<i>loryna</i>	103
LEVOTHYROXINE SODIUM.....	112, 113	<i>losartan potassium</i>	53
<i>levoxyl</i>	113	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	52
<i>l-glutamine</i>	124	LOTEMAX.....	142
LIBERVANT.....	80	LOTEMAX SM.....	142

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>loteprednol etabonate</i>	142	<i>meloxicam</i>	15
<i>lovastatin</i>	55	<i>memantine hcl paquete de ajuste de la dosis</i>	65
<i>low-ogestrel</i>	103	<i>memantine hydrochloride</i>	65
<i>loxapine</i>	74	<i>memantine hydrochloride er</i>	65
<i>lo-zumandimine</i>	102	MENQUADFL	130
<i>lubricant eye</i>	175	MENVEO	130
<i>lubricant eye drops</i>	175	<i>mercaptopurine</i>	38
<i>lubricant eye drops/dual-action</i>	175	<i>meropenem</i>	21
<i>lubricating eye drops</i>	175	<i>mesalamine</i>	116
LUMAKRAS	45	<i>mesalamine dr</i>	116
LUMIGAN	143	<i>mesna</i>	40
LUPRON DEPOT	39	<i>metformin hydrochloride</i>	95
LUPRON DEPOT-PED	111	<i>metformin hydrochloride er</i>	94, 95
<i>lurasidone hydrochloride</i>	74	<i>methadone hcl</i>	16
<i>luteru</i>	103	<i>methadone hydrochloride</i>	16
<i>lyleq</i>	103	<i>methazolamide</i>	61
<i>lyllana</i>	108	<i>methenamine hippurate</i>	21
LYNPARZA	45	<i>methenamine mandelate</i>	21
LYSODREN	39	<i>methergine</i>	111
LYTGOBI	45	<i>methimazole</i>	113
<i>lyza</i>	103	<i>methotrexate</i>	38
M		<i>methotrexate sodium</i>	38, 127
<i>maalox childrens</i>	175	<i>methoxsalen</i>	153
<i>magnesium</i>	176	<i>methscopolamine bromide</i>	116
<i>magnesium citrate</i>	175	<i>methsuximide</i>	81
<i>magnesium oxide</i>	176	<i>methylergonovine maleate</i>	111
<i>magnesium sulfate</i>	133	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	86
MAGNESIUM SULFATE	133	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	85, 86
<i>malathion</i>	159	METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER	85
<i>maraviroc</i>	26	<i>methylprednisolone</i>	109
<i>marlissa</i>	103	<i>methylprednisolone acetate</i>	109
MARPLAN	68	<i>methylprednisolone paq. de dosis</i>	109
MATULANE	40	<i>methylprednisolone sodium succinate</i>	109
<i>matzim la</i>	59	<i>methyltestosterone</i>	91
MAVYRET	30	<i>metoclopramide hcl</i>	114
M-CLEAR WC	176	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	114
<i>meclizine hcl</i>	114	<i>metoclopramide tabs. bucodispersables</i>	114
<i>meclizine hydrochloride</i>	114, 176	<i>metolazone</i>	61
<i>medi-paste pomada</i>	176	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	57
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	103, 112	<i>metoprolol succinate er</i>	57
<i>mefloquine hydrochloride</i>	24	<i>metoprolol tartrate</i>	57
<i>megestrol acetate</i>	39, 112	<i>metronidazole</i>	21, 158
MEKINIST	45, 46	<i>metronidazole vaginal</i>	121
MEKTOVI	46	<i>metryrosine</i>	62
<i>melatonin</i>	176	<i>mibelas 24 fe</i>	103
<i>meleya</i>	103	<i>micafungin</i>	23
		<i>miconazole</i>	176

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>miconazole 1 kit</i>	176	<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain</i>	
<i>miconazole 3</i>	121, 176	<i>maximum strength</i>	177
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	176	<i>mucus dm</i>	177
<i>miconazole 7</i>	176	<i>mucus relief severe congestion & cough</i>	177
<i>miconazole nitrate</i>	176	MULTAQ	54
<i>microgestin 1.5/30</i>	103	<i>multi complete</i>	177
<i>microgestin 1/20</i>	103	<i>multiple vitamins/iron</i>	177
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	103	<i>multi-vitamin</i>	178
<i>microgestin fe 1/20</i>	103	<i>multivitamin childrens</i>	177
<i>midodrine hydrochloride</i>	62	<i>multi vitamin/fluoride</i>	135
MIEBO	144	<i>multivitamin/fluoride</i>	135
<i>mifepristone</i>	111	<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	135, 178
<i>milglitol</i>	95	MULTIVITAMIN PLUS IRON CHILDRENS	177
<i>mili</i>	103	<i>multivitamins</i>	178
<i>milk of magnesia</i>	176	<i>multi-vitamins/iron</i>	178
<i>mimvey</i>	108	MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER ...	178
<i>mineral oil</i>	176	<i>mupirocin</i>	152
MINERAL OIL HEAVY	176	<i>mycamine</i>	24
MINERAL OIL LIGHT	176	<i>mycophenolate mofetil</i>	128
<i>minocycline hcl</i>	37	<i>mycophenolic acid dr</i>	129
<i>minocycline hydrochloride</i>	37	MYRBETRIQ	121
<i>minoxidil</i>	62		
<i>mirtazapine</i>	68	N	
<i>mirtazapine tabs. bucodispersables</i>	68	<i>nabumetone</i>	16
<i>misoprostol</i>	118	<i>nadolol</i>	57
M-M-R II	130	<i>nafscillin sodium</i>	36
M-NATAL PLUS	135	<i>naloxone hcl</i>	90
<i>modafinil</i>	89	<i>naloxone hydrochloride</i>	90, 178
MODEYSO	40	NAMZARIC	65
<i>moexipril hydrochloride</i>	51	<i>naproxen</i>	16
<i>molindone hydrochloride</i>	74	<i>naproxen dr</i>	16
<i>mometasone furoate</i>	150, 156	<i>naproxen sodium</i>	16, 178, 179
<i>mondoxylene nl</i>	37	<i>naratriptan</i>	87
<i>mono-lynyah</i>	103	<i>nasal mist</i>	179
<i>montelukast sodium</i>	148	<i>nateglinide</i>	95
<i>morphine</i>	18	NATRAPEL	179
<i>morphine sulfate</i>	18	<i>natural fiber</i>	179
MORPHINE SULFATE	18	NAYZILAM	81
<i>morphine sulfate er</i>	17	<i>nebivolol hydrochloride</i>	58
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE	17	<i>necon 0.5/35-28</i>	103
MOUNJARO	95	<i>nefazodone hydrochloride</i>	68
MOVANTIK	118	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	141
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	34, 141	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	140
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	34	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	140
MRESVIA	130	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	141
<i>mucinex fast-max congestion & headache maximum</i>		<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	145
<i>strength</i>	177	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	140, 145

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>neomycin sulfate</i>	21	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	104
NEONATAL PLUS.....	135	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	104
<i>neo-polycin</i>	141	NORITATE.....	158
<i>neo-polycin hc</i>	140	<i>norlyroc</i>	104
NERLYNX.....	46	NORPACE CR.....	54
NEUDEXTA.....	88	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	104
<i>nevirapine</i>	26	<i>nortrel 1/35</i>	104
<i>nevirapine er</i>	26	<i>nortrel 7/7/7</i>	104
NEXLETOL.....	56	<i>nortriptyline hcl</i>	68
NEXLIZET.....	56	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	68
NEXPLANON.....	104	NORVIR.....	26
<i>niacin</i>	56, 179	NOVOLIN 70/30.....	92
<i>niacin er</i>	56	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	92
<i>niacin timed release</i>	179	NOVOLIN N.....	92
<i>niacin tr</i>	179	NOVOLIN N FLEXPEN.....	92
NIACIN TR.....	179	NOVOLIN R.....	93
<i>niacro</i>	56	NOVOLIN R FLEXPEN.....	92
<i>nicardipine hcl</i>	59	NOVOLOG.....	93
<i>nicotine</i>	179	NOVOLOG FLEXPEN.....	93
<i>nicotine kit sistema transdérmico</i>	179	NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	93
<i>nicotine polacrilex</i>	179	NOVOLOG MIX 70/30.....	93
<i>nicotine transdermal system patch</i>	179	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	93
NICOTROL NS.....	90	NOVOLOG PENFILL.....	93
<i>nifedipine er</i>	59	NOVOLOG RELION.....	93
<i>nikki</i>	104	NUBEQA.....	39
<i>nilotinib</i>	46	NULOJIX.....	129
NILOTINIB.....	46	NUPLAZID.....	74
<i>nilutamide</i>	39	NURTEC.....	87
NINLARO.....	46	NUTRILIPID.....	139
<i>nisoldipine er</i>	59	NUZYRA.....	37
<i>nitazoxanide</i>	21	<i>nyamyc</i>	153
<i>nitisinona</i>	111	<i>nylia 1/35</i>	104
NITRO-BID.....	63	<i>nylia 7/7/7</i>	104
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	21	<i>nystatin</i>	24, 153, 160
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	21	<i>nystop</i>	153
<i>nitroglycerin</i>	63, 158		
NITROGLYCERIN.....	63	O	
<i>nitroglycerin parche transdérmico</i>	63	OCELLA.....	104
<i>nitroglycerin translingual</i>	63	OCTAGAM.....	127
NIVA-PLUS.....	135	<i>octreotide acetate</i>	111
<i>nizatidine</i>	116	ODEFSEY.....	28
NORA-BE.....	104	ODMZO.....	46
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	104	OFEV.....	149
<i>norethindrone</i>	104	OFF ACTIVE.....	179
<i>norethindrone acetate</i>	112	OFF DEEP WOODS DRY.....	179
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	104, 108	OFF DEEP WOODS SPORTSMEN.....	179

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
OFF FAMILYCARE CLEAN FEEL	179	<i>oxybutynin chloride er</i>	121
OFF SMOOTH & DRY	179	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	18
<i>ofloxacin</i>	141, 145	<i>oxycodone hcl</i>	18
OGSIVEO	46	<i>oxycodone hydrochloride</i>	18
OJEMDA	46	<i>oxymetazoline hydrochloride</i>	180
OJJAARA	46	OYSTER SHELL CALCIUM/D	180
<i>olanzapine</i>	75	OZEMPIC	95
<i>olanzapine tabs. bucodispersables</i>	74	P	
<i>olive oil</i>	180	<i>pacerone</i>	54
<i>olmesartan medoxomil</i>	53	<i>paladin</i>	180
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	53	<i>paliperidone er</i>	75
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	53	<i>pamidronate disodium</i>	96
<i>olopatadine hcl</i>	147	PAMIDRONATE DISODIUM	96
<i>olopatadine hydrochloride</i>	180	PANRETIN	158
<i>omega 3</i>	180	<i>pantoprazole sodium</i>	120
<i>omega-3</i>	180	<i>paricalcitol</i>	113
OMEGA-3	180	<i>paroxetine hcl</i>	68
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	56	<i>paroxetine hcl er</i>	68
<i>omega-3 fish oil</i>	180	<i>paroxetine hydrochloride</i>	68
<i>omeprazole</i>	119, 180	PATADAY EXTRA STRENGTH	180
<i>omeprazole dr</i>	119, 180	PAXLOVID	30
<i>omeprazole magnesium</i>	180	<i>pazopanib hydrochloride</i>	46
ONCASPAR	40	PCCA SORBITOL LOLLIPOP BASE EN ESCAMAS	181
<i>ondansetron hcl</i>	114	<i>pedia-lax</i>	181
<i>ondansetron hydrochloride</i>	114	PEDIARIX	130
<i>ondansetron tabs. bucodispersables</i>	114	PEDVAX HIB	130
ONETOUCH ULTRA CONTROL	180	<i>peg-3350/electrolytes</i>	117
ONETOUCH VERIO LEVEL 4 CONTROL	180	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	117
ONUREG	38	PEGASYS	30
OPILL	180	PEMAZYRE	46
OPIPZA	75	PENBRAYA	130
OPSUMIT	63	<i>penicillamine</i>	97
OPTIONS GYNOL II VAGINAL CONTRACEPTIVE	180	<i>penicillin g potassium</i>	36
<i>oralone pasta dental</i>	160	PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	36
ORGOVYX	39	<i>penicillin g sodium</i>	36
ORKAMBI	149	<i>penicillin v potassium</i>	36
<i>orquidea</i>	104	PENMENVY	130
ORSERDU	39	PENTACEL	130
<i>orsythia</i>	104	<i>pentamidine isethionate</i>	21
<i>oseltamivir phosphate</i>	30	<i>pentoxifylline er</i>	124
<i>oxacillin sodium</i>	36	<i>perampanel</i>	81
<i>oxaprozin</i>	16	<i>perindopril erbumine</i>	51
<i>oxazepam</i>	65	<i>periogard</i>	160
<i>oxcarbazepine</i>	81	<i>permethrin</i>	159
<i>oxybutynin chloride</i>	121		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>perphenazine</i>	75	POMALYST	40
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	68	<i>portia-28</i>	105
PETROLATUM POMADA	181	<i>posaconazole</i>	24
<i>phenazopyridine hydrochloride</i>	181	<i>posaconazole dr</i>	24
<i>phenelzine sulfate</i>	68	<i>potassium chloride</i>	133, 136
<i>phenobarbital</i>	81	POTASSIUM CHLORIDE	133
<i>phenobarbital sodium</i>	81	POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE	133
<i>phenylephrine hydrochloride</i>	181	POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE	133
<i>phenytek</i>	81	<i>potassium chloride er</i>	135, 136
<i>phenytoin</i>	81	<i>potassium chloride/sodium chloride</i>	133
<i>phenytoin sodium</i>	81	POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE	133
<i>phenytoin sodium extended</i>	81	<i>potassium citrate er</i>	120
<i>philith</i>	105	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	70
PHOSPHOLINE IODIDE	143	<i>pramoxine hcl</i>	181
<i>phosphorous</i>	181	<i>prasugrel hydrochloride</i>	124
<i>phospho-trin k500</i>	181	<i>pravastatin sodium</i>	55
<i>phytonadione</i>	181	<i>praziquantel</i>	21
PIFELTRO	26	<i>prazosin hydrochloride</i>	52
<i>pilocarpine hcl</i>	144	<i>prednisolone</i>	109
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	144, 160	<i>prednisolone acetate</i>	142
<i>pimecrolimus</i>	158	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	109
<i>pimozide</i>	75	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	142
<i>pimtrea</i>	105	<i>prednisone</i>	109
<i>pindolol</i>	58	PREDNISONE INTENSOL	109
<i>pink bismuth</i>	181	<i>prednisone tableta paq. de tratamiento</i>	109
<i>pink bismuth maximum strength</i>	181	<i>pregabalin</i>	81
<i>pinworm</i>	181	<i>pregabalin er</i>	88
<i>pinxav</i>	181	PREMARIN	108
<i>pioglitazone hcl</i>	95	PREMASOL	139
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	95	PREMPRO	108
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	95	PRENATABS FA	182
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	95	PRENATABS RX	182
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	36	PRENATAL	136, 182
PIQRAY 200 MG DOSIS DIARIA	46	PRENATAL 19	182
PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA	46	PRENATAL PLUS VITAMIN AND MINERAL	136
PIQRAY 300 MG	47	PRENATAL-U	182
<i>pirfenidone</i>	149	PRETOMANID	29
<i>piroxicam</i>	16	<i>prevalite</i>	56
PLENVU	117	PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	160
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN	135	PREVYMIS	30
<i>podofilox</i>	158	PREZCOBIX	28
<i>polycin pomada</i>	141	PREZISTA	26
<i>polyethylene glycol 3350</i>	181	PRIFTIN	29
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	141	PRIMADOPHILUS BIFIDUS DE LIBERACIÓN RETARDADA	182
<i>polysaccharide-iron</i>	181	<i>primaquine phosphate</i>	24
<i>polyvinyl alcohol</i>	181		
POLY-VI-SOL	181		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>primidone</i>	81	QUADRACEL	131
PRIORIX	130	<i>quetiapine fumarate</i>	75
PRIVIGEN	128	<i>quetiapine fumarate er</i>	75
<i>probenecid</i>	14	<i>quinapril hydrochloride</i>	51
<i>probenecid/colchicine</i>	14	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	51
PROBIOTIC DIGESTIVE SUPPORT EXTRA		<i>quinidine sulfate</i>	54
STRENGTH	182	<i>quinine sulfate</i>	24
<i>prochlorperazine</i>	115	QULIPTA	87
<i>prochlorperazine edisylate</i>	114		
<i>prochlorperazine maleate</i>	114	R	
PROCRIT	123	RABAVERT	131
<i>proctocort</i>	158	<i>rabeprazole sodium</i>	120
<i>procto-med hc</i>	158	RALDESY	69
<i>proctosol hc</i>	158	<i>raloxifene hydrochloride</i>	111
<i>proctozone-hc</i>	158	<i>ramipril</i>	51
<i>progesterone</i>	112	RANGER READY REPELLENT	183
PROGRAF	129	<i>ranolazine er</i>	63
PROLASTIN-C	149	<i>rasagiline mesylate</i>	70
<i>promethazine hcl</i>	115	<i>raspberry jarabe</i>	183
<i>promethazine hydrochloride</i>	115	<i>reclipsen</i>	105
<i>promethegan</i>	115	RECOMBIVAX HB	131
<i>propafenone hcl</i>	54	<i>redness reliever eye drops</i>	183
<i>propafenone hydrochloride</i>	54	REFRESH	183
<i>propafenone hydrochloride er</i>	54	REFRESH DIGITAL	183
<i>proparacaine hcl</i>	144	REFRESH OPTIVE	183
<i>propranolol hcl</i>	58	REFRESH OPTIVE ADVANCED	183
<i>propranolol hydrochloride</i>	58	REFRESH OPTIVE PRESERVATIVE FREE	183
<i>propranolol hydrochloride er</i>	58	REFRESH RELIEVA	183
<i>propylthiouracil</i>	113	REFRESH RELIEVA PF	183
PROQUAD	130	REFRESH TEARS PF	183
<i>protriptyline hcl</i>	69	RELENZA DISKHALER	30
<i>pseudoephedrine hydrochloride</i>	182	<i>repaglinide</i>	95
<i>pseudoephedrine hydrochloride er maximum strength</i>	182	REPATHA PUSHTRONEX	56
<i>psyllium fiber</i>	182	REPATHA SURECLICK	56
PULMOZYME	149	REPATHAT	57
PURIXAN	38	REPEL FAMILY	183
PYCHIVA	125	REPEL SPORTSMEN DRY	183
<i>pyrazinamide</i>	29	REPEL SPORTSMEN MAX	183
<i>pyridostigmine bromide</i>	88	RESTASIS	144
<i>pyridostigmine bromide er</i>	88	RESTASIS MULTIDOSE	144
<i>pyrimethamine</i>	21	RETEVMO	47
PYZCHIVA	125	REVCovi	111
		REVUFORJ	47
Q		REXULTI	75
<i>qc pink bismuth</i>	183	REYATAZ	26
<i>qc psyllium fiber</i>	183	REZDIFFRA	111
QINLOCK	47	REZLIDHIA	47

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
REZUROCK	129	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	111
RHOPRESSA	144	SAWYER INSECT REPELLENT	184
<i>ribavirin</i>	31	SAWYER PREMIUM INSECT REPELLENT	184
<i>rifabutin</i>	29	<i>scalpicin</i>	184
<i>rifampin</i>	29	SCSEMBLIX	47
<i>riluzole</i>	88	<i>scopolamine parche</i>	115
<i>rimantadine</i>	31	SECUADO	76
RINGERS INYECCIÓN	134	<i>selegiline hcl</i>	71
RINVOQ	125, 126	<i>selenium sulfide</i>	153
RINVOQ LQ	125	SELZENTRY	26
<i>risedronate sodium</i>	97	<i>senna</i>	184
<i>risedronate sodium dr</i>	96	<i>senna jarabe 8.8 mg/5 ml</i>	184
<i>risperidone</i>	76	<i>senna jarabe 176 mg/5 ml</i>	184
<i>risperidone er</i>	75, 76	<i>senna smooth</i>	184
<i>risperidone tabs. bucodispersables</i>	76	<i>sennosides/docusate sodium</i>	184
<i>ritonavir</i>	26	SEREVENT DISKUS	148
<i>rivaroxaban</i>	123	<i>sertraline hcl</i>	69
<i>rivastigmine tartrate</i>	65	<i>sertraline hydrochloride</i>	69
<i>rivastigmine transdermal</i>	66	<i>sesame oil</i>	184
<i>rizatriptan benzoate</i>	87	<i>setlakin</i>	105
<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i>	87	<i>sf 160</i>	
ROCKLATAN	144	<i>sharobel</i>	105
<i>roflumilast</i>	149	SHINGRIX	131
<i>romidepsin</i>	47	SIGNIFOR	111
ROMVIMZA	47	SIKLOS	124
<i>ropinirole er</i>	71	<i>sildenafil</i>	64
<i>ropinirole hcl</i>	71	<i>sildenafil citrate</i>	64
<i>ropinirole hydrochloride</i>	71	<i>silodosin</i>	120
<i>rosuvastatin calcium</i>	55	<i>silver sulfadiazine</i>	152
<i>rosyrah</i>	105	SIMBRINZA	144
ROTARIX	131	<i>simethicone</i>	184
ROTATEQ	131	<i>simliya</i>	105
<i>roweepra</i>	82	<i>simpesse</i>	105
ROZLYTREK	47	SIMPLE JARABE	184
ROZYL TREK	47	<i>simvastatin</i>	55
RUBRACA	47	<i>sirolimus</i>	129
<i>rufinamide</i>	82	SIRTURO	29
RUKOBIA	26	SIVEXTRO	21
RYBELSUS	95	SKYRIZI	126
RYDAPT	47	SKYRIZI PEN	126
S		<i>sleep aid</i>	184
<i>sacubitril/valsartan</i>	53	<i>sleep-aid</i>	184
<i>sajazir</i>	124	SM FOAMING ANTACID	184
<i>saline aerosol nasal infants/childrens</i>	183	SM SLOW RELEASE IRON	184
<i>saline gel nasal</i>	183	<i>sodium bicarbonate</i>	184
SANTYL	159	SODIUM BICARBONATE	134
		SODIUM BICARBONATE POLVO	184

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sodium chloride</i>	134, 185	<i>subvenite</i>	82
SODIUM CHLORIDE.....	134	<i>subvenite kit inicial/azul</i>	82
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	159	<i>subvenite starter kit/green</i>	82
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	134	<i>subvenite starter kit/orange</i>	82
<i>sodium fluoride</i>	136	<i>sucalfate</i>	118
SODIUM FLUORIDE	185	<i>sulfacetamide sodium</i>	141, 152
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	160	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM SENSITIVE.....	160	<i>phosphate</i>	140
<i>sodium fluoride 5000 ppm sequedad bucal</i>	160	<i>sulfadiazine</i>	22
SODIUM FLUORIDE/POTASSIUM NITRATE/		<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	22
SENSITIVE	160	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	22
SODIUM OXYBATE	89	SULFAMYLON	152
<i>sodium phenylbutyrate</i>	112	<i>sulfasalazine</i>	116
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	97	<i>sulindac</i>	16
SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/		<i>sumatriptan</i>	87
MAGNESIUM SULFATE.....	117	<i>sumatriptan succinate</i>	87
<i>solifenacin succinate</i>	121	<i>sumatriptan succinate resurtido</i>	87
SOLQUA 100/33	93	<i>sunitinib</i>	48
SOLTAMOX	39	SUNLENCA	26
SOLU-CORTEF	109	SUNLENCA PAQUETE DE TRATAMIENTO	
SOMATULINE DEPOT	112	TABLETA.....	26
SOMAVERT	112	SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL ...	117
<i>soothe hydration</i>	185	SUSPENSION VEHICLE SUSPENSIÓN	185
<i>soothe xp</i>	185	SUSP. ORAL.....	180
<i>soothe xp/xtra protection</i>	185	SUTAB.....	117
<i>sorafenib tosylate</i>	48	<i>syeda</i>	105
SORBITOL	185	SYMLINPEN 60.....	96
<i>sotalol hcl</i>	54	SYMLINPEN 120.....	95
<i>sotalol hydrochloride</i>	55	SYMPAZAN	82
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	55	SYMTUZA	28
SOTYKTU	126	SYNAREL	112
SPIRIVA RESPIMAT	146	SYNTHROID	113
<i>spironolactone</i>	52	SYRSPEND SF	185
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	61	SYRUP VEHICLE.....	185
<i>sprintec 28</i>	105	SYRUP VEHICLE SF	185
SPRITAM.....	82	SYSTANE COMPLETE.....	186
<i>sps combinación</i>	97	<i>systane contacts gotas calmantes</i>	186
<i>sronyx</i>	105	SYSTANE GEL	186
SSD	152		
STELARA.....	126	T	
STEVIA.....	185	TABLOID	38
STEVIOLE	185	TABRECTA	48
STEVIOSIDE	185	<i>tacrolimus</i>	129, 158
STIVARGA.....	48	<i>tadalafil</i>	64, 120
<i>streptomycin sulfate</i>	21	TAFINLAR	48
STRIBILD.....	28	TAGRISSO	48
<i>stye solución</i>	185	TALZENNA.....	48

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>tamoxifen citrate</i>	39	TIVICAY	27
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	120	TIVICAY PD	27
<i>tarina 24 fe</i>	105	<i>tizanidine hcl</i>	89
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	105	<i>tizanidine hydrochloride</i>	89
<i>tasimelteon</i>	86	TOBI PODHALER	22
TAVNEOS	124	TOBRADEX	140
<i>tazarotene</i>	154	TOBRADEX ST	140
<i>tazicef</i>	33	<i>tobramycin</i>	22, 141
TAZVERIK	48	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	140
TECVAYLI	48	<i>tobramycin sulfate</i>	22
TEFLARO	33	TODAY SPONGE	186
<i>telmisartan</i>	53	<i>tolnaftate</i>	186
<i>telmisartan/amlodipine</i>	53	<i>tolterodine tartrate</i>	121
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	53	<i>tolterodine tartrate er</i>	121
<i>temazepam</i>	86	<i>tolvaptan</i>	112
TENIVAC	131	<i>tolvaptan tablet therapy pack</i>	112
<i>tenofir disoprixil fumarate</i>	26	<i>topiramate</i>	82, 83
TEPMETKO	48	<i>topiramate er</i>	82
<i>terazosin</i>	52	<i>toremifene citrate</i>	39
<i>terazosin hydrochloride</i>	52	<i>torpenz</i>	48
<i>terbinafine hcl</i>	24	<i>torse mide</i>	61
<i>terbinafine hydrochloride</i>	186	TOUJEO MAX SOLOSTAR	93
<i>terbutaline sulfate</i>	148	TOUJEO SOLOSTART	93
<i>terconazole</i>	121	TPN ELECTROLYTES	134
<i>teriflunomide</i>	89	TRADJENTA	96
<i>teriparatide</i>	97	<i>tramadol</i>	17
<i>testosterone</i>	91	<i>tramadol hydrochloride</i>	19
<i>testosterone cypionate</i>	91	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	19
<i>testosterone enanthate</i>	91	<i>tramadol hydrochloride er</i>	17
<i>testosterone pump</i>	91	<i>trandolapril</i>	51
<i>tetrabenazine</i>	88	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	51
<i>tetracycline hydrochloride</i>	37	<i>tranexamic acid</i>	124
THALOMID	40	<i>tranexamic acid/sodium chloride</i>	124
<i>theophylline</i>	149	<i>tranylcypromine sulfate</i>	69
<i>theophylline er</i>	149	TRAVASOL	139
<i>thera-gesic plus</i>	186	<i>travoprost</i>	144
<i>thioridazine hydrochloride</i>	76	<i>trazodone hydrochloride</i>	69
<i>thiothixene</i>	76	TRECTOR	29
<i>tiadylt er</i>	59	TRELEGY ELLIPTA	146
<i>tiagabine hydrochloride</i>	82	TREMFYA	126
TIBSOSVO	48	TREMFYA PAQ. DE INDUCCIÓN PARA	
<i>ticagrelor</i>	124	ENFERMEDAD DE CROHN	126
TICOVAC	131	<i>tretinoin</i>	40, 152
<i>tigecycline</i>	37	<i>triamcinolone acetonide</i>	109, 156, 186
<i>tilia fe</i>	105	<i>triamcinolone acetonide pasta dental</i>	160
<i>timolol maleate</i>	58, 144	TRIAMINIC FEVER REDUCER PAIN RELIEVER	
<i>tinidazole</i>	22	INFANTS	186

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	61	TRUXIMA	48
<i>triazolam</i>	86	TUKYSA	48
<i>tri-buffered aspirin</i>	186	TURALIO	49
<i>tridacaine</i>	157	<i>turqoz</i>	106
<i>tridacaine ii</i>	157	TUSNEL C	187
<i>trientine hydrochloride</i>	98	<i>tussin cough</i>	187
<i>tri-estarylla</i>	105	<i>tussin cough long-acting</i>	187
<i>trifluoperazine hcl</i>	76	TWINRIX	131
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	76	TYBOST	27
<i>trifluridine</i>	141	<i>tydemy</i>	106
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	71	TYENNE	126
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	71	TYPHIM VI	131
TRIJARDY XR	96	U	
TRIKAFTA PAQUETE DE TRATAMIENTO	149	UBRELVY	87
TRIKAFTA TABLETA PAQUETE DE		ULTRATHON INSECT REPELLENT 8	187
TRATAMIENTO	149	<i>unithroid</i>	113
<i>tri-legest fe</i>	105	UPTRAVI	64
<i>tri-linyah</i>	105	UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	64
<i>tri-lo-estarylla</i>	105	<i>urea</i>	187
<i>tri-lo-marzia</i>	106	<i>urinary pain relief</i>	187
<i>tri-lo-mili</i>	106	<i>uristat ultra/cranberry</i>	187
<i>tri-lo-sprintec</i>	106	<i>ursodiol</i>	118
<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	115	USTEKINUMAB	126
<i>trimethoprim</i>	22	V	
<i>tri-mili</i>	106	VACÍA TAMAÑO 1 AZUL/POLVO AZUL	169
<i>trimipramine maleate</i>	69	<i>vagisil</i>	187
TRINATE	186	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	31
TRINTELLIX	69	VALCHLOR	158
<i>triple antibiotic plus pain reliever maximum strength</i>	186	<i>valganciclovir</i>	31
<i>triprolidine hci</i>	186	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	31
<i>triprolidine hydrochloride</i>	186	<i>valproate sodium</i>	83
<i>tri-sprintec</i>	106	<i>valproic acid</i>	83
TRIUMEQ	28	<i>valsartan</i>	54
TRIUMEQ PD	28	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	53
TRI-VI-SOL A/C/D	186	VALTOCO 5 MG DOSE	83
<i>tri-vite/fluoride</i>	136, 187	VALTOCO 10 MG DOSE	83
<i>tri-vylibra</i>	106	VALTOCO 15 MG DOSE	83
<i>tri-vylibra lo</i>	106	VALTOCO 20 MG DOSE	83
TROGARZO	27	<i>valtya 1/50</i>	106
<i>tropium chloride</i>	121	<i>vancomycin</i>	22, 23
<i>tropium chloride er</i>	121	<i>vancomycin hcl</i>	22
TRULICITY	96	VANCOMYCIN HCL	22
TRUMENBA	131	<i>vancomycin hydrochloride</i>	22
TRUQAP	48	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	22
TRUQAP PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA	48	VANFLYTA	49
<i>trustex lubricated/spermicide</i>	187		
TRUSTEX NON-LUBRICATED	187		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
VAQTA.....	131	VITRAKVI.....	49
<i>varenicline mensual inicial</i>	90	VIVITROL.....	91
<i>varenicline tartrate</i>	91	VIVOTIF.....	131
VARIVAX.....	131	VIZIMPRO.....	49
VASCEPA.....	57	<i>volnea</i>	106
VAXCHORA.....	131	VONJO.....	49
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE.....	187	VOQUEZNA DUAL PAQ.....	119
<i>velivet</i>	106	VOQUEZNA TRIPLE PAQ.....	119
VELSIPITY.....	127	VORANIGO.....	49
VENCLEXTA.....	49	<i>voriconazole</i>	24
VENCLEXTA PAQUETE INICIAL.....	49	VOSEVI.....	31
VENLAFAXINE BESYLATE ER.....	69	VOWST.....	119
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	69	VRAYLAR.....	76
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	69	<i>vyfemla</i>	106
VEOZAH.....	112	<i>vylibra</i>	106
<i>verapamil hcl</i>	60	VYZULTA.....	144
<i>verapamil hcl er</i>	60		
<i>verapamil hcl sr</i>	60	W	
VERAPAMIL HCL SR.....	60	<i>warfarin</i>	123
<i>verapamil hydrochloride</i>	60	<i>wart remover maximum strength</i>	188
<i>verapamil hydrochloride er</i>	60	WELIREG.....	40
VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR.....	60	<i>wera</i>	106
VERQUVO.....	63	WESTAB PLUS.....	136
VERSACLOZ.....	76	WINREVAIR.....	64
VERZENIO.....	49	<i>wixela inhub</i>	151
<i>vestura</i>	106	<i>wymzya fe</i>	106
<i>vicks dayquil cold & flu</i>	187	WYOST.....	97
<i>vienva</i>	106		
<i>vigabatrin</i>	83	X	
<i>vigadrone</i>	83	XALKORI.....	49
VIGAFYDE.....	83	XANTHAN GUM.....	188
VIKTRAVI.....	49	<i>xarah fe</i>	107
<i>vilazodone hydrochloride</i>	69	XARELTO.....	123
VIMKUNYA.....	131	XARELTO PAQ. INICIAL.....	123
<i>viorele</i>	106	XATMEP.....	127
VIRACEPT.....	27	XCOPRI.....	84
VIREAD.....	27	XCOPRI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE TRATAMIENTO.....	83
VITAMIN A/C/D INFANT/TODDLER.....	188	XCOPRI PAQUETE PARA TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO.....	83
<i>vitamin b-6</i>	188	XCOPRI TABLETA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS.....	83
<i>vitamin b-12</i>	188	XDEMVI.....	141
<i>vitamin c</i>	188	XELJANZ.....	127
<i>vitamin d</i>	188	XELJANZ XR.....	127
<i>vitamin d-3</i>	188	<i>xelria fe</i>	107
<i>vitamin d3</i>	188	XERMELO.....	119
VITAMIN D3.....	188		
<i>vitamin d3 gummies</i>	188		
VITAMINS A/C/D/FLUORIDE.....	188		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
XHANCE PARA EXHALADOR.....	150	ZYCLARA.....	158
XIFAXAN.....	119	ZYDELIG.....	50
XIGDUO XR.....	96	ZYKADIA.....	50
XIIDRA.....	144	ZYLET.....	140
XOLAIR.....	149		
XOSPATA.....	49		
XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA.....	50		
XPOVIO 80 MG DOS VECES POR SEMANA.....	50		
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA.....	50		
XTANDI.....	39		
<i>xulane</i>	107		
XULTOPHY.....	93		
Y			
YESINTEK.....	127		
YF-VAX.....	131		
YONSA.....	39		
<i>yuvafem</i>	108		
Z			
<i>zafemy</i>	107		
<i>zafirlukast</i>	148		
<i>zaleplon</i>	86		
ZARXIO.....	123		
ZEGALOGUE.....	109		
ZEJULA.....	50		
ZELBORAF.....	50		
<i>zenatane</i>	152		
<i>zenzedi</i>	86		
ZERVIAE.....	143		
<i>zidovudine</i>	27		
<i>zinc oxide</i>	188		
<i>ziprasidone hcl</i>	76		
<i>ziprasidone mesylate</i>	77		
ZIRABEV.....	50		
ZIRGAN.....	142		
<i>zoledronic acid</i>	97		
ZOLEDRONIC ACID.....	97		
ZOLINZA.....	50		
<i>zolpidem tartrate</i>	86		
ZONISADE.....	84		
<i>zonisamida</i>	84		
<i>zonisamide</i>	84		
<i>zovia 1/35</i>	107		
ZTALMY.....	84		
<i>zumandimine</i>	107		
ZURZUVAE.....	69, 70		

Notice of Availability (NOA)

TTY: 711

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

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

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

如欲使用免費語言服務，請致電本文件上的電話號碼。(Chinese)

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

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

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

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

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

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

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

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

လၢကမၤန့ၣ် ကျိၣ်တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢတလိၣ်လၢၣ်ဘျၣ်လၢၣ်စ့ၤ လၢနီၣ်အဂီၢ်, ကိးနီၣ်ဂီၢ် လၢအအိၣ်ဖဲလၢၣ်တီလၢၣ်မိအံၤအဖီခိၣ်န့ၣ်တက့ၢ်. (Karen)

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

ເພື່ອເຂົ້າເຖິງການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທໃນເອກະສານນີ້.
(Laotian)

ដើម្បីទទួលបានសេវាផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកសូមទូរសព្ទទៅលេខដែលមាននៅលើឯកសារនេះ។ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

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

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

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

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

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

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

Y0001_Y0130_H6399_2025_V3

NOA-Medicare-1557-1

Esta *lista de medicamentos* se actualizó el 10/01/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-844-362-0934**, los usuarios de TTY deben llamar al: **711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, o visite

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

Contrato/PBP: H6399-001



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