

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 11

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 04/01/2026. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-844-362-0934**, los usuarios de TTY deben llamar al: **711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora 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	205



Si tiene preguntas, llame a 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 205. 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](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a 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>fenoprofen calcium cápsula 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>fenoprofen calcium tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>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 tableta de liberación prolongada 375 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>naproxen dr tableta de liberación retardada 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 20mg</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, ACCIÓN PROLONGADA		
<i>buprenorphine parche semanal: 10 µg/h, 15 µg/h, 20 µg/h, 5 µg/h, 7.5 µg/h</i>	\$0 para el Nivel 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 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>methadone hydrochloride solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 30 mg, 60 mg</i>	\$0 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; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solución 300 mg/15 ml; 10 mg/15 ml, 325 mg/15 ml; 10 mg/15 ml, 325 mg/15 ml; 7.5 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 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

Si tiene preguntas, llame a 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 bitartrate/acetaminophen tableta 325 mg; 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
<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



Si tiene preguntas, llame a 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>oxycodone hydrochloride tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone/acetaminophen tableta 325 mg; 10 mg, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen tableta 325 mg; 37.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA 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**ANTIINFECCIOSOS: VARIOS**

<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
BLUJEPa TABLETA 750 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (20 EA por 5 días)
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	

Si tiene preguntas, llame a 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>clindamycin phosphate inyección 600 mg/4 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 300 MG/50 ML; 0.9 %, 600 MG/50 ML; 0.9 %, 900 MG/50 ML; 0.9 %	\$0 para el Nivel 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
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 EA 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 EA 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



Si tiene preguntas, llame a 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>ivermectin tableta 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA 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
<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 EA por 30 días) MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pentamidine isethionate 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

Si tiene preguntas, llame a 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>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
<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 EA por 56 días) PA; ACS LD
<i>tobramycin sulfate inyección 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tobramycin sulfate inyección 1.2 g/30 ml, 80 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tobramycin sulfate inyección 1.2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tobramycin solución de nebulización 300 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (280 ML por 56 días) PA; ACS
<i>trimethoprim tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
TYZAVAN INYECCIÓN 1000 MG/200 ML, 1250 MG/250 ML, 1500 MG/300 ML, 1750 MG/350 ML, 2000 MG/400 ML, 500 MG/100 ML, 750 MG/150 ML	\$0 para el Nivel 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 HCL INYECCIÓN 0.9 %; 1 G/200 MLVANCOMYCIN HCL <i>vancomycin hcl inyección 100 g, 10 g</i>	\$0 para el Nivel 1 \$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 <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 \$0 para el Nivel 1	
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 <i>amphotericin b liposome inyección 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1 \$0 para el Nivel 1	B/D 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 EA por 30 días) MO
<i>fluconazole in sodium chloride inyección 200 mg/100 ml; 0.9 %, 400 mg/200 ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 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

Si tiene preguntas, llame a 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>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	
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 EA 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 EA 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



Si tiene preguntas, llame a 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>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
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

Si tiene preguntas, llame a 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>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
<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



Si tiene preguntas, llame a 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
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
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

Si tiene preguntas, llame a 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
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
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 200 mg; 25 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 200 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 100 mg; 150 mg, 133 mg; 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tableta 167 mg; 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
EVOTAZ 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 tableta 150 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lopinavir/ritonavir tableta 100 mg; 25 mg, 200 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
ODEFSEY TABLETA 200 MG; 25 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 1	MO
PREZCOBIX TABLETA 150 MG; 675 MG, 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
ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine cápsulas 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ethambutol hydrochloride tableta 100 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<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

Si tiene preguntas, llame a 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
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
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 EA 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



Si tiene preguntas, llame a 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>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)
PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 180 días)
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 EA por 28 días) PA MO
RELENZA DISKHALER AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 5 MG/ BLÍSTER	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 365 días) MO
<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		
CEFACLOR ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 500 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>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	
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 gm</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



Si tiene preguntas, llame a 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>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>cefprozime proxetil suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cefprozime 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	
<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

Si tiene preguntas, llame a 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>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
<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	MO
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



Si tiene preguntas, llame a 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 i.v.-in d5w inyección</i> 200 mg/100 ml; 5 %	\$0 para el Nivel 1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección</i> 400 mg/200 ml; 5 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levofloxacin in d5w inyección 5 %; 250 mg/50 ml,</i> <i>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</i> <i>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</i> <i>de liberación prolongada 12 horas 1000 mg;</i> <i>62.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspensión</i> <i>reconstituida 200 mg/5 ml; 28.5 mg/5 ml,</i> <i>400 mg/5 ml; 57 mg/5 ml, 600 mg/5 ml;</i> <i>42.9 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspensión</i> <i>reconstituida 250 mg/5 ml; 62.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta</i> <i>500 mg; 125 mg, 875 mg; 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta</i> <i>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,</i> <i>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

Si tiene preguntas, llame a 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 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	
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 gm, 1 g, 2 gm</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



Si tiene preguntas, llame a 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>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
<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>mondoxylene nl cápsula 100 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
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>AGENTES 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>lomustine cápsula 10 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>lomustine cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
<i>ANTIMETABOLITOS</i>		
INQOVI TABLETA 100 MG; 35 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (5 EA por 28 días) PA; ACS LD
LONSURF TABLETA 6.14 MG; 15 MG, 8.19 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
<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



Si tiene preguntas, llame a 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>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 EA 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 ANTINEOPLÁSICOS 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 EA 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
FIRMAGON INYECCIÓN 120 MG/ AMPOLLA	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
INLURIYO TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
<i>letrozole tableta 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>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 EA 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
<i>lenalidomide cápsula 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD



Si tiene preguntas, llame a 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
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 EA 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
ONCASPAS 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
ALUNBRIG TABLETA 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 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
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; LD
AUGTYRO CÁPSULA 160 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK PAQ. DE TRATAMIENTO 0.8 MG; 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (66 EA por 28 días) PA; LD
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 EA por 28 días) PA; ACS LD
BOSULIF CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 25 días) PA; ACS LD
BOSULIF CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS LD
BOSULIF TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
BOSULIF TABLETA 400 MG, 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
BRAFTOVI CÁPSULA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA 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 EA por 30 días) PA; LD
CABOMETYX TABLETA 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
CALQUENCE TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
CAPRELSA TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
CAPRELSA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD



Si tiene preguntas, llame a 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
COMETRIQ KIT 140 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 100 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 60 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
COPIKTRA 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 EA por 28 días) PA; ACS LD
DANZITEN TABLETA 71 MG, 95 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
<i>dasatinib tableta 100°mg, 140°mg, 50°mg, 70°mg, 80°mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>dasatinib tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
DAURISMO TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
DAURISMO TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ENSACOVE CÁPSULA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días) PA; LD
ENSACOVE CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; 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 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a 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>everolimus tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
FOTIVDA CÁPSULA 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (21 EA por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
GAVRETO 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 EA por 28 días) PA; LD
HERNEXEOS TABLETA 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
HYRNUO TABLETA 10 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 EA 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 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>imatinib mesylate tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS



Si tiene preguntas, llame a 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>imatinib mesylate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
IMBRUVICA CÁPSULA 70 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IMBRUVICA CÁPSULA 140 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
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 EA por 30 días) PA; ACS LD
INREBIC CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 3 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
JAKAFI TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
JAYPIRCA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
JAYPIRCA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; 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 LD
KOMZIFTI CÁPSULA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
KOSELUGO CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 5 MG, 7.5 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
KOSELUGO CÁPSULA 10 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; LD
KRAZATI TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA 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
LAZCLUZE TABLETA 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA 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 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 240 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 120 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 320 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
LYNPARZA TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 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
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 16 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (140 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 12 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
MEKINIST SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 0.05 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1260 ML por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 0.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKTOVI TABLETA 15 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
NERLYNX TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA 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 EA por 30 días) PA; ACS
NILOTINIB CÁPSULA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
NILOTINIB CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
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 EA 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 EA 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

Si tiene preguntas, llame a 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
PAZOPANIB HYDROCHLORIDE TABLETA 400 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>pazopanib hydrochloride tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
PEMAZYRE TABLETA 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (28 EA 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; LD
PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 300 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
QINLOCK TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
RETEVMO CÁPSULA 40MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
SORINE TABLETA 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
RETEVMO CÁPS. 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
REVUFORJ TABLETA 110 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
REVUFORJ TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
REVUFORJ TABLETA 160 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
REZLIDHIA CÁPSULA 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>romidepsin inyección 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	ACS
ROMVIMZA CÁPSULA 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA 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 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
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 EA por 28 días) PA; ACS
SCSEMBLIX TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
SCSEMBLIX TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (300 EA por 30 días) PA; LD
SCSEMBLIX TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>sorafenib tosylate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
STIVARGA TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>sunitinib malate cápsula 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA 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 EA por 28 días) PA; ACS LD
TAGRISSO TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.25 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
TAZVERIK TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA 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 EA 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

Si tiene preguntas, llame a 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
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 EA 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 EA por 30 días) PA; LD
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 EA por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
VERZENIO 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 EA 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



Si tiene preguntas, llame a 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
VORANIGO TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA 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 EA por 30 días) PA; ACS LD
XOSPATA TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (24 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO 80 MG PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA DOS VECES POR SEMANA 20 MG	\$0 para el Nivel 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, 80 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 EA por 28 días) PA; LD
ZEJULA TABLETA 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZELBORAF TABLETA 240 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA 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

Si tiene preguntas, llame a 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
ZYDELIG TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA 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
<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	MO
<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



Si tiene preguntas, llame a 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>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 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>spironolactone tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ALFA-BLOQUEANTES		
<i>doxazosin mesylate tableta 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 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

Si tiene preguntas, llame a 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>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
<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	MO
<i>telmisartan/amlodipine tableta 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg, 5 mg; 40 mg, 5 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 40 mg, 25 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>valsartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 160 mg, 12.5 mg; 320 mg, 12.5 mg; 80 mg, 25 mg; 160 mg, 25 mg; 320 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a 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
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
<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	

Si tiene preguntas, llame a 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 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
<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



Si tiene preguntas, llame a 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>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
<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

Si tiene preguntas, llame a 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
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 EA por 30 días) 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
REPATHA INYECCIÓN 140 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA MO
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



Si tiene preguntas, llame a 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>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
<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

Si tiene preguntas, llame a 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>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	
<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



Si tiene preguntas, llame a 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>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, 34 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
<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

Si tiene preguntas, llame a 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 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
<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



Si tiene preguntas, llame a 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>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
<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

Si tiene preguntas, llame a 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>digox tableta 125 µg, 250 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA 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 hydrochloride 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>metyrosine 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
<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



Si tiene preguntas, llame a 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>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 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>ambrisentan tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>bosentan tableta soluble 32 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA 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 EA 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
<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
TYVASO KIT DE RECARGA SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
TYVASO KIT INICIAL SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS LD
TYVASO SOLUCIÓN 0.6 MG/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
UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG; 800 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (200 EA 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 EA 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 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>chlordiazepoxide hydrochloride cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<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



Si tiene preguntas, llame a 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 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 EA 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 EA por 365 días) PA
<i>emantine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 para el Nivel 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
<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

Si tiene preguntas, llame a 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
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
BUPROPION HYDROCHLORIDE ER (XL) TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 450 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tableta de liberación prolongada 24 horas 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 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 EA 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



Si tiene preguntas, llame a 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 hcl concentrado 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>doxepin hydrochloride cápsula 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN RETARDADA 20 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN RETARDADA 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 EA por 30 días) MO; HRM
EMSAM PARCHE 24 HORAS 12 MG/24 H, 6 MG/24 H, 9 MG/24 H	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
ESCITALOPRAM OXALATE CÁPSULA 15 MG	\$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
EXXUA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18.2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (64 EA por 365 días) PA MO
EXXUA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18.2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA
EXXUA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE TRATAMIENTO CÁPSULA ER 24 HORAS 20 MG; 40 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; 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
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
CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 20 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluoxetine dr cápsula de liberación retardada 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride solución 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<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



Si tiene preguntas, llame a 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>paroxetine hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride suspensión 10 mg/5 ml</i>	\$0 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
<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 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tranlycypromine 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

Si tiene preguntas, llame a 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>trimipramine maleate cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA 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 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>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
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>amantadine hydrochloride 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



Si tiene preguntas, llame a 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>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, 1.5 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
<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

Si tiene preguntas, llame a 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>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 EA 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 EA 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
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/3.9 ML	\$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 EA 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



Si tiene preguntas, llame a 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>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 tableta que se desintegra 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 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
<i>clozapine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días); HRM
<i>clozapine tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (270 EA por 30 días); HRM
COBENFY STARTER PACK PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 50 MG; 20 MG Y 100 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (112 EA por 365 días) MO
COBENFY CÁPSULA 20 MG; 100 MG, 50 MG; 20 MG, 30 MG; 125 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
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)

Si tiene preguntas, llame a 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
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 EA 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
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



Si tiene preguntas, llame a 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 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 EA por 30 días) MO; HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	HRM
NUPLAZID 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 EA por 30 días) PA; ACS HRM LD
<i>olanzapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<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 EA 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 EA por 30 días) 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>paliperidone er tableta de liberación prolongada 24 horas 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paliperidone er tableta de liberación prolongada 24 horas 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>perphenazine 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 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 300 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
REXULTI TABLETA 3 MG, 4 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
REXULTI TABLETA 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone er inyección 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 28 días) MO
<i>risperidone er inyección 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 28 días) MO; HRM
<i>risperidone er inyección 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 28 días) MO
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a 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 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 EA por 30 días) MO; HRM
SECUADO PARCHE 24 HORAS 3.8 MG/24 H, 5.7 MG/24 H, 7.6 MG/24 H	\$0 para el Nivel 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 0.5 MG, 0.75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
VRAYLAR CÁPSULA 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
VRAYLAR CÁPSULA 1.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>ziprasidone hcl cápsula 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>ziprasidone mesylate inyección 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (6 EA por 3 días) MO; HRM
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 210 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 405 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 28 días) PA; ACS
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 300 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA 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
AGENTES ANTICONVULSIVOS		
APTIOM TABLETA 200 MG, 400 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
APTIOM TABLETA 600 MG, 800 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
BRIVIACT 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 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a 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>clorazepate dipotassium tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clorazepate dipotassium tableta 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
DIACOMIT CÁPSULA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT CÁPSULA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
<i>diazepam intensol concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
DIAZEPAM GEL 10 MG, 2.5 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (5 EA por 30 días) 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 EA 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
EPIDIOLEX SOLUCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (600 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
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	
<i>lacosamide solución oral 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1200 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>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 starter kit/blue kit 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 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
LEVETIRACETAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días)
LEVETIRACETAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>levetiracetam tableta 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 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
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
<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 suspensión 0.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (680 ML por 28 días) PA MO
<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 EA 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	MO
<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
PREGABALIN CÁPSULA 150 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 c/u 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



Si tiene preguntas, llame a 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>pregabalin cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA MO
PREGABALIN SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$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
<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 EA por 30 días) PA MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 750 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 500 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 250 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (360 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>subvenite starter kit/blue kit 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	
SUBVENITE SUSPENSIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>subvenite tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
SYMPAZAN FILM 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
SYMPAZAN PELÍCULA 10 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>tiagabine hydrochloride tableta 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 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>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
<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 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
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
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>zonisamide 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; 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; 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

Si tiene preguntas, llame a 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>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 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, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$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



Si tiene preguntas, llame a 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
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)</i> 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg (genérico de Relexxi) 72 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas</i> 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tableta de liberación prolongada (genérico de Metadate ER y Ritalin SR)</i> 10 mg, 20 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride solución</i> 5 mg/5 ml	\$0 para el Nivel 1	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride solución</i> 10 mg/5 ml	\$0 para el Nivel 1	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tableta masticable</i> 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tableta</i> 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>zenzedi tableta</i> 10 mg, 5 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA 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 tableta</i> 3 mg, 6 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tasimelteon cápsula</i> 20 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>temazepam cápsula</i> 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 tableta</i> 0.125 mg, 0.25 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zaleplon cápsula</i> 5 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) 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>zaleplon cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zolpidem tartrate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$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 inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>dihydroergotamine mesylate solución nasal 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 30 días) PA MO
<i>eletriptan hydrobromide tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>ergotamine tartrate/caffeine tableta 100 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (40 EA por 28 días) PA MO
<i>naratriptan hcl tableta 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (9 EA por 30 días) MO
NURTEC TABLETA QUE SE DESINTEGRA 75 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (16 EA 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 EA por 30 días) MO
<i>rizatriptan benzoate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA 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 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 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan solución 20 mg/pulverización, 5 mg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 EA por 30 días) MO
UBRELVY TABLETA 100 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (16 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
VARIOS		
AUSTEDO XR PAQ. DE AJUSTE DE LA DOSIS PARA EL PACIENTE, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE TRATAMIENTO 12 MG; 18 MG; 24 MG; 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 365 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 12 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 24 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLETA 12 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLETA 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>lithium 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

Si tiene preguntas, llame a 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>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 EA por 30 días) PA; ACS LD
BETASERON INYECCIÓN 0.3 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (14 EA 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 EA por 30 días) PA; ACS
<i>glatiramer acetate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i>glatiramer acetate inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
<i>glatopa inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i>glatopa inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
KESIMPTA 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>chlorzoxazone 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 EA por 30 días) 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>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
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

Si tiene preguntas, llame a 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>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
REXTOVY LÍQUIDO 4 MG/0.25 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>varenicline paq. de tratamiento mensual inicial, tableta 0.5 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<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**ANDRÓGENOS**

<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



Si tiene preguntas, llame a 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>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
ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS		
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
APÓSITOS DE GASA CURITY 2"X2" 12 APÓSITOS PLY	\$0 para el Nivel 1	PA MO
FIASP FLEXTOUCH INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
FIASP PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
FIASP PUMPCART INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
FIASP INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO) INYECCIÓN 500 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INYECCIÓN 500 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
INSULIN ASPART FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/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
INSULIN ASPART PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
INSULIN ASPART INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
LANTUS SOLOSTAR INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
LANTUS INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN 70/30 INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN N FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN N INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
NOVOLIN R FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 1	MO
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



Si tiene preguntas, llame a 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
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
<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

Si tiene preguntas, llame a 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
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 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 2.5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
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)</i> tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Glucophage XR)</i> tableta de liberación prolongada 24 horas 750 mg	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Fortamet y Glumetza)</i> tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg	\$0 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



Si tiene preguntas, llame a 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
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, 30mg</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
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

Si tiene preguntas, llame a 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
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 EA por 28 días) MO
BILDYOS INYECCIÓN 60 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 180 días); ACS
BILPREVDA INYECCIÓN 120 MG/1.7 ML	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
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 EA por 30 días) MO
OSPOMYV INYECCIÓN 60 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 180 días); ACS
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 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1 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>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 EA 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>sodium polystyrene sulfonate suspensión 15 gm/60 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>sps combinación suspensión 15 g/60 ml, 15 g/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<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; 0.75 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	



Si tiene preguntas, llame a 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>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	
<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>cryselle 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	

Si tiene preguntas, llame a 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
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INYECCIÓN 104 MG/0.65 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dolishale</i> tableta 20 µg; 90 µg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i> tableta 3 mg; 0.02 mg; 0.451 mg, 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i> tableta 3 mg; 0.02 mg, 3 mg; 0.03 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>elimest</i> tableta 30 µg; 0.3 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>eluryng</i> anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h	\$0 para el Nivel 1	
<i>emzahh</i> tableta 0.35 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enilloring</i> anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enskyce</i> tableta 0.15 mg; 0.03 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>errin</i> tableta 0.35 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>estarylla</i> tableta 35 µg; 0.25 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i> tableta 35 µg; 1 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i> tableta 50 µg; 1 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>falmina</i> tableta 20 µg; 0.1 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>feirza 1.5/30</i> tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>feirza 1/20</i> tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 para el Nivel 1	
<i>finzala</i> tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 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>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	
<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

Si tiene preguntas, llame a 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>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	
<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	MO
<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 0.03 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	



Si tiene preguntas, llame a 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
LILETTA DISPOSITIVO INTRAUTERINO	\$0 para el Nivel 1	ACS LD
20.1 MG/DÍA		
<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	
<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>luizza 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>luizza 1/20 tableta 20 µg; 1 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	

Si tiene preguntas, llame a 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>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	
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/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta masticable 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<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



Si tiene preguntas, llame a 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>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
<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	
<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>setlakin 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	

Si tiene preguntas, llame a 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>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	
<i>tri-lo-marzia tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-lo-mili tableta 0.180 mg; 0.215 mg; 0.250 mg; 0.025 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>tri-lo-sprintec tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.25 mg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-mili tableta 0.180 mg; 0.215 mg; 0.250 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-sprintec tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-vylibra lo tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tri-vylibra tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>turqoz tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>tydemy tableta 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>valtya 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>valtya 1/50 tableta 50 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>velivet tableta 0.1 mg; 0.125 mg; 0.15 mg; 0.025 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>vestura tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>vienva tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>viorele tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>volnea tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>vyfemla tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>vylibra tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>wera tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>wymzya fe tableta masticable 35 µg; 0.4 mg; 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<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>conjugated estrogens tableta 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dotti parche dos veces por semana 0.025 mg/24 h, 0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (8 EA por 28 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
DUAVEE TABLETA 20 MG; 0.45 MG	\$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
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 EA 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



Si tiene preguntas, llame a 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
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
yuvafem tableta 10 µg	\$0 para el Nivel 1	MO
GLUCOCORTICOIDES		
DEXAMETHASONE INTENSOL CONCENTRADO 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	MO
dexamethasone sodium phosphate inyección 100 mg/10 ml, 10 mg/ml, 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, 4 mg/ml	\$0 para el Nivel 1	MO
dexamethasone elixir 0.5 mg/5 ml	\$0 para el Nivel 1	MO
dexamethasone solución 0.5 mg/5 ml	\$0 para el Nivel 1	MO
dexamethasone tableta 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
fludrocortisone acetate tableta 0.1 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
hydrocortisone sodium succinate inyección 100 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
hydrocortisone tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
methylprednisolone acetate inyección 40 mg/ml, 80 mg/ml	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
methylprednisolone paq. de dosis tableta paq. de tratamiento 4 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
methylprednisolone sodium succinate inyección 1000 mg, 125 mg	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
methylprednisolone sodium succinate inyección 40 mg	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
methylprednisolone tableta 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
prednisolone sodium phosphate solución oral 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml, 20 mg/5 ml	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
prednisolone sodium phosphate solución oral 25 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	\$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>prednisolone solución 15 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
PREDNISONA 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, 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
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



Si tiene preguntas, llame a 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>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 MINISQUICK INYECCIÓN 0.2 MG	\$0 para el Nivel 1	PA; ACS
GENOTROPIN MINISQUICK INYECCIÓN 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 para el Nivel 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
<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

Si tiene preguntas, llame a 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>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 EA 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
<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 tableta paq. de tratamiento 15 mg; 15 mg, 30 mg; 15 mg, 45 mg; 15 mg, 60 mg; 30 mg, 90 mg; 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>tolvaptan (genérico de Jynarque) tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
VEOZAH TABLETA 45 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 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>zelvysia paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
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	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 200 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levothyroxine sodium tableta 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 300 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levoxyl tableta 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>liomny tableta 25 µg, 50 µg, 5 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>liothyronine sodium inyección 10 µg/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>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 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 300 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>unithroid tabs. 100 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D		
<i>calcitriol cápsula 0.25 µg, 0.5 µg</i>	\$0 para el Nivel 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
<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	



Si tiene preguntas, llame a 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>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 EA 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>meclizine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO; HRM
<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>risperidone 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
<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

Si tiene preguntas, llame a 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>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 solución 6.25 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>promethazine hydrochloride supositorio 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<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
<i>methscopolamine bromide tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$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
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 GM/175 ML; 3.5 GM/175 ML; 10 MG/175 ML	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>constulose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>enuose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gavilyte-c solución reconstituida 240 g; 2.98 g; 6.72 g; 5.84 g; 22.72 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gavilyte-g solución reconstituida 236 g; 2.97 g; 6.74 g; 5.86 g; 22.74 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>gavilyte-n/paquete saborizado solución reconstituida 420 g; 1.48 g; 5.72 g; 11.2 g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>generlac solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>kristalose paquete 10 g, 20 g</i>	\$0 para el Nivel 1	PA
<i>lactulose paquete 10 g, 20 g</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO
<i>lactulose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>peg-3350/electrolytes solución reconstituida 236 g; 2.97 g; 6.74 g; 5.86 g; 22.74 g</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solución reconstituida 420 g; 1.48 g; 5.72 g; 11.2 g</i>	\$0 para el Nivel 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		
<i>alosetron hydrochloride tableta 0.5 mg</i>	\$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>lubiprostone cápsula 24 µg, 8 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) 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

Si tiene preguntas, llame a 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>ursodiol tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VOQUEZNA DUAL PAQ. DE TRATAMIENTO 500 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (224 EA 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 EA 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 EA 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



Si tiene preguntas, llame a 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>omeprazole cápsula de liberación retardada 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium inyección 40 mg</i>	\$0 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

Si tiene preguntas, llame a 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
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS		
<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
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 EA 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 EA por 30 días) MO; HRM
<i>trospium 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>trospium 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 vaginal gel 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



Si tiene preguntas, llame a 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
------------------------	-------------------------------	---

HEMATOLÓGICOS***ANTICOAGULANTES***

<i>dabigatran etexilate cápsula 110 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dabigatran etexilate cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS PAQ. INICIAL DE TRATAMIENTO 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (74 EA por 30 días) MO
ELIQUIS CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 0.15 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (56 EA por 21 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 0.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (588 EA por 29 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 1.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (591 EA por 29 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (592 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLETA 2.5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (74 EA por 30 días) MO
<i>enoxaparin sodium 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

Si tiene preguntas, llame a 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
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	
<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) MO
<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 EA 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



Si tiene preguntas, llame a 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
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 EA 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 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>cilostazol tableta 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DROXIA CÁPSULA 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 para el Nivel 1	PA MO
HAEGARDA INYECCIÓN 3000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	QL (20 EA por 30 días) PA; ACS LD
HAEGARDA INYECCIÓN 2000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>icatibant acetate 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

Si tiene preguntas, llame a 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
SIKLOS TABLETA 1000 MG	\$0 para el Nivel 1	PA MO
TAVNEOS CÁPSULA 10 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>tranexamic acid/sodium chloride inyección 0.7 %; 1000 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 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 EA 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
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AGENTES AUTOINMUNITARIOS		
ADALIMUMAB-BWWD INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
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



Si tiene preguntas, llame a 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
ENBREL INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML, 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
HADLIMA PUSH TOUCH INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA PUSH TOUCH 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 EA 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
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 15 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
SKYRIZI PEN 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

Si tiene preguntas, llame a 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
SOTYKTU TABLETA 6 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
STELARA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
STELARA INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
STELARA INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
TREMFYA PAQ. DE INDUCCIÓN PARA ENFERMEDAD DE CROHN/COLITIS ULCEROSA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA PEN INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/20 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (20 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIONES 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
VELSIPITY TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA 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 EA 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



Si tiene preguntas, llame a 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
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
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

Si tiene preguntas, llame a 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
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 tablet 0.25mg</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
<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



Si tiene preguntas, llame a 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
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 EA por 999 días) PA
BCG VACUNA INYECCIÓN 50 MG	\$0 para el Nivel 1	
BEXSERO INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
BOOSTRIX INYECCIÓN 2.5 LF/0.5 ML; 18.5 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
DAPTACEL INYECCIÓN 15 LF/0.5 ML; 23 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
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 UNIDADES/ML, 720 ELU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
HEPLISAV-B INYECCIÓN 20 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D

Si tiene preguntas, llame a 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
HIBERIX INYECCIÓN 10 MG	\$0 para el Nivel 1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INYECCIÓN 2.5 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
INFANRIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
IPOL INACTIVADA IPV INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
IXIARO INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
JYNNEOS INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
KINRIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
M-M-R II INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
MENQUADFI INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
MENVEO INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
MRESVIA INYECCIÓN 50 MG/0.5 ML	\$0 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	
QUADRACEL INYECCIÓN 15 LFU/0.5 ML; 48 MG/0.5 ML; 5 LFU/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
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 JERINGA PRECARGADA 50 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ml por 999 días)
SHINGRIX VIAL INYECCIÓN 50 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 999 días)
TENIVAC INYECCIÓN 2 LFU; 5 LFU	\$0 para el Nivel 1	
TICOVAC INYECCIÓN 1.2 MG/0.25 ML, 2.4 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
TRUMENBA INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
TWINRIX INYECCIÓN 720 ELU/ML; 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
TYPHIM VI INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
VAQTA INYECCIÓN 25 UNIDADES/0.5 ML, 50 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	
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	

Si tiene preguntas, llame a 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 inyección 2 meq/ml</i>	\$0 para el	MO
Nivel 1		
RINGERS INYECCIÓN 4.5 MEQ/L;	\$0 para el	
156 MEQ/L; 4 MEQ/L; 147 MEQ/L	Nivel 1	
SODIUM BICARBONATE INYECCIÓN	\$0 para el	
7.5 %	Nivel 1	
<i>sodium bicarbonate inyección 4.2 %</i>	\$0 para el	
Nivel 1		
<i>sodium bicarbonate inyección 8.4 %</i>	\$0 para el	MO
Nivel 1		
<i>sodium chloride 0.45 % inyección 0.45 %</i>	\$0 para el	
Nivel 1		
SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 2.5 MEQ/	\$0 para el	MO
ML, 5 %	Nivel 1	
<i>sodium chloride inyección 0.9 %, 3 %, 4 meq/ml</i>	\$0 para el	MO
Nivel 1		
TPN ELECTROLYTES INYECCIÓN	\$0 para el	B/D
29.5 MEQ/20 ML; 4.5 MEQ/20 ML;	Nivel 1	
35 MEQ/20 ML; 5 MEQ/20 ML;		
20 MEQ/20 ML; 35 MEQ/20 ML		
<i>ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL</i>		
<i>effer-k tablet effervescent 25meq</i>	\$0 para el	MO
Nivel 1		
<i>fluoride tableta masticable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el	MO
Nivel 1		
<i>klor-con 10 tableta de liberación prolongada</i>	\$0 para el	
10 meq	Nivel 1	
<i>klor-con 8 tableta de liberación prolongada</i>	\$0 para el	MO
8 meq	Nivel 1	
<i>klor-con m10 tableta de liberación prolongada</i>	\$0 para el	MO
10 meq	Nivel 1	
<i>klor-con m15 tableta de liberación prolongada</i>	\$0 para el	MO
15 meq	Nivel 1	
<i>klor-con m20 tableta de liberación prolongada</i>	\$0 para el	MO
20 meq	Nivel 1	
<i>klor-con/ef tableta efervescente 25 meq</i>	\$0 para el	MO
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>klor-con paquete 20 meq</i>	\$0 para el Nivel 1	
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 35mg/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

Si tiene preguntas, llame a 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
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
<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



Si tiene preguntas, llame a 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>NUTRICIÓN INTRAVENOSA</i>		
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
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

Si tiene preguntas, llame a 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 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
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



Si tiene preguntas, llame a 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>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
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

Si tiene preguntas, llame a 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
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
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



Si tiene preguntas, llame a 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/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
BESIFLOXACIN HYDROCHLORIDE SUSPENSIÓN 0.6 %	\$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
<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

Si tiene preguntas, llame a 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>neo-polycin pomada 400 unidades/g; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin pomada 400 unidades/gm; 5 mg/gm; 10000 unidades/gm</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
XDEMYN SOLUCIÓN 0.25 %	\$0 para el Nivel 1	QL (10 ML por 42 días) PA; ACS LD
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



Si tiene preguntas, llame a 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
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
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	
ANTIGLAUCOMA		
<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

Si tiene preguntas, llame a 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>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
<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 (genérico de Istalol) soln 0.5 %</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>travoprost solución 0.004 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VYZULTA SOLUCIÓN 0.024 %	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>VARIOS</i>		
<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
ÓTICOS		
<i>AGENTES ÓTICOS</i>		
<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 hydrochloride/hydrocortisone suspensión 0.2 %; 1 %</i>	\$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 acetone aceite 0.01 %</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/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)
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
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



Si tiene preguntas, llame a 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>ipratropium bromide solución de 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
CARBINOXAMINE MALEATE ER SUSPENSIÓN DE LIBERACIÓN PROLONGADA 4 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 1	PA 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>cyproheptadine hcl jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	PA MO; HRM
<i>cyproheptadine 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
<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

Si tiene preguntas, llame a 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 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
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



Si tiene preguntas, llame a 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
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 EA 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 EA por 30 días) PA; ACS LD
OFEV CÁPSULA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 1	QL (60 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
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 EA 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

Si tiene preguntas, llame a 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
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
<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 (una vez por día) frasco gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate (dos veces por día) gel tubo 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 g por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate espuma 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (100 g 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



Si tiene preguntas, llame a 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>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
<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 nail lacquer solución 8 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (6.6 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>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
<i>econazole nitrate crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (85 G por 30 días) MO
ERTACZO CREMA 2 %	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole espuma 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 foam 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)



Si tiene preguntas, llame a 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>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
<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

Si tiene preguntas, llame a 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>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
<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



Si tiene preguntas, llame a 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>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 cream 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
<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

Si tiene preguntas, llame a 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 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
<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 EA por 30 días) PA
<i>tridacaine ii parche 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA 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



Si tiene preguntas, llame a 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>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 MO
<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
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 EA 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

Si tiene preguntas, llame a 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
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 cream 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
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



Si tiene preguntas, llame a 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>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	
<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

Si tiene preguntas, llame a 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
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>4x probiotic tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acetaminophen acetaminophen 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	*
<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	*



Si tiene preguntas, llame a 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/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	*
<i>acidophilus lactobacilli cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acidophilus probiotic blend cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acidophilus tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acidophilus with bifidus tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acidophilus/bacillus coagulans extra strength tableta 4.17 mg; 2.92 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>acidophilus/citrus pectin tableta</i>	\$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	*
<i>advance intuition solución de control líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>advocate solución de control baja, líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>advocate redi-code+ solución de control baja</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>agamatrix solución de control normal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
ALAHIST D TABLETA 17.5 MG; 10 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
ALBUSTIX TIRA	\$0 para el Nivel 1	*
ALCOHOL PREPS APÓSITO 70 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>align dualbiotic tableta masticable 5 mg; 1.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>align jr for kids tableta masticable 10.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>align kids probiotic tableta masticable 5 mg; 1.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>align tableta masticable 10.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>aluminum/magnesium/simethicone suspensión 200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>americerin crema</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<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 800 mg/10 ml; 800 mg/10 ml; 80 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>antacid extra strength tableta masticable 160 mg; 105 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>antibiotic + pain relief maximum strength crema 3.5 mg/g; 10000 unidades/g; 10 mg/g</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>champú anticaspa 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	*



Si tiene preguntas, llame a 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>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	*
<i>assure dose solución de control normal</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	*
<i>b-12 quick dissolve tableta sublingual 1000 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bacid tableta</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	*

Si tiene preguntas, llame a 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>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 ACOHOL LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
BENZYL BENZOATE LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 1	*
<i>biohm childrens probioticsupplement tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>bion tears solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$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	*
<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	*
<i>calamine loción 8 %; 8 %</i>	\$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	*



Si tiene preguntas, llame a 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
CALCIUM 600 + MINERALS TABLETA 600 MG; 200 UNIDADES; 1 MG; 40 MG; 1.8 MG; 250 MG; 7.5 MG	\$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 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	*
<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	*

Si tiene preguntas, llame a 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>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 pomada curativa 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	*
CHEMSTRIP UGK	\$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	*



Si tiene preguntas, llame a 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>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>clever choice glucose control baja líquida</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	*
<i>coleman 100 max insect repellent/aerosol en espray continuo 98.11 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>coleman insect repellent/high & dry aerosol 25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>coleman insect repellent/sportsmen aerosol 40 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
PRESERVATIVOS VARIOS	\$0 para el Nivel 1	*
<i>contour bajo control, líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>contour next control nivel 1, solución</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>contour next control nivel 2, solución</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>contour normal control liquid</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>control solución normal solución</i>	\$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	*
<i>culturelle adult ultimatebalance cápsula 200 mg; 20,000 millones de UFC</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle digestive daily probiotic pro strength cápsula 200 mg; 12,000 millones de UFC</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle digestive health cápsula 200 mg; 10,000 millones de UFC</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle health & wellness cápsula 200 mg; 10 mil millones</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle immune defense tableta masticable 90 mg; 100 mg; 53 mg; 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle kids immune defense probiotic tableta masticable 90 mg; 20 µg; 50 mg; 26 mg; 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle kids immune defense tableta masticable 90 mg; 50 mg; 26 mg; 1.88 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle kids probiotic+ veggie fiber tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle probiotic & prebiotic tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle probiotics kids tableta masticable 15 mg; 1 gm</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>culturelle ultimate strength probiotic cápsula 200 mg; 20,000 millones de UFC</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cutter aerosol 10 %</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>cutter all family aerosol 7 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cutter backwoods dry aerosol 25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cutter skinsations aerosol 7 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cutter sport aerosol 15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs advanced probiotic gummies tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs chewable probiotic childrens tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs digestive probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs insect repellent aerosol 15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs natural tears pf solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs petroleum gel con vitamin e crema</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs probiotic childrens tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cvs probiotic tableta masticable</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	*
<i>cvs total home insect repellent aerosol 30 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>cyanocobalamin inyección 1000 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>daily chewable probiotic-14 tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>daily probiotic supplement cápsula 250 mg</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	*

Si tiene preguntas, llame a 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>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/guaiifenesin liquido 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/guaiifenesin liquido 5 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dhs tar champú 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dialyvite chewable probiotic tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
DIASTIX TIRA	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diatrue glucose control solución solución nivel 1</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diatrue glucose control solución solución nivel 2</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diclofenac sodium gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive advantage dailydigestive & immune support tableta masticable 3.33 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive advantage kids daily digestive & immune support tableta masticable 3.33 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive advantage kids daily probiotic gummies tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive advantage kids daily probiotic+gen prebiotic fiber tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive advantage multi-strain probiotic ultra tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive advantage prebiotic+probiotic tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive advantage probiotic gummies tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>digestive probiotic cápsula 250 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>dimenhydrinate tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>diphenhydramine hcl cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<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	*
<i>d-vi-sol líquido 400 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>dynashield crema 1.8 %; 2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy check glucose solución de control normal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy plus ii solución de control baja</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy step solución de control baja</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>easy talk solución de control baja</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy talk solución de control normal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy talk plus ii solución de control baja</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy trak ii solución de control/normal, líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy trak glucose solución de control baja</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easy trak glucose solución de control normal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>easymax solución de control normal</i>	\$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	*
<i>element control bajo, líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>element control normal, líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>embrace solución de control baja</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>embrace evo glucose solución de control nivel 1, líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>embrace talk glucose solución de control baja</i>	\$0 para el Nivel 1	*
CÁPSULA VACÍA TAMAÑO 1 AZUL/ CÁPSULA POLVO AZUL	\$0 para el Nivel 1	*
ENCARE SUPOSITORIO100 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>eql 2 in 1 probiotic tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>eql 4x probiotic tableta</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>ergocalciferol solución 8000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<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	*
<i>evolution solución de control normal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ex-lax tableta masticable 15 mg</i>	\$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 PRESERVATIVO FEMENINO, VARIOS	\$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	*
<i>ferrous sulfate solución 15 mg/ml, 220 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
FERROUS SULFATE TABLETA 27 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ferrous sulfate tableta 325 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ferrous sulfate ttableta de liberación retardada 324 mg, 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	*

Si tiene preguntas, llame a 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>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 12 horas 60 mg; 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<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>florastart cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>florastor cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>floraxis tableta</i>	\$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	*
<i>fondcircle solución de control, líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fora solución de control baja</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fora solución de control normal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
FORA GTEL BLOOD KETONE TIRAS REACTIVAS	\$0 para el Nivel 1	*
<i>foracare gdh solución de control baja</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>foracare gdh solución de control normal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>fortiscare solución de control baja</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>fortiscare solución de control normal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>free + pure daily probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ft probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ft probiotic childrens tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
GAVISCON SUSPENSIÓN 95 MG/15 ML; 358 MG/15 ML	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ge100 solución de control normal</i>	\$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	*
<i>genteal tears moderate pf solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
GENTEAL TEARS SEVERE DAY/NIGHT GEL 0.4 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glucocard 01 solución de control/solución normal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glucocard x-meter solución de control/solución normal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glucocom control normal, líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glucose solución de control normal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glucose gel 40 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>glucose tableta masticable 4 g, 6 mg; 4 g</i>	\$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	*

Si tiene preguntas, llame a 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 external líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<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	*
<i>gnp probiotic extra strength cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>gnp vitamin a/d ointment 15.5 %; 53.4 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>gojji solución de control normal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
GOOD START SUPREME LÍQUIDO DE AGUA ESTÉRIL	\$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 líquido 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>hydrocerin crema</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>hydrocortisone crema 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
HYDROCORTISONE CREMA 1 %	\$0 para el Nivel 1	*
HYDROCORTISONE CREMA 1 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$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	*
<i>infinity solución de control normal</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>infinity voice nivel 2 líquido</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	*

Si tiene preguntas, llame a 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
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 varias 70 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ivermectin loción 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
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>kala tableta 30 mg; 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>kaopectate extra strength suspensión 525 mg/15 ml</i>	\$0 para el 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	*
<i>kerodex 71 wet crema</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	*



Si tiene preguntas, llame a 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>lansoprazole cápsula de liberación retardada 15 mg</i>	\$0 para el 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>liberty glucose control normal liquido</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	*
<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	*

Si tiene preguntas, llame a 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>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	*
<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	*
<i>M-CLEAR WC SOLUCIÓN 6.33 MG/5 ML; 100 MG/5 ML</i>	\$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	*



Si tiene preguntas, llame a 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>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	*
<i>aceite mineral</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>minerin creme crema</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>crema hidratante</i>	\$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	*
MULTI COMPLETE CÁPSULA 60 MG; 2500 UNIDADES; 30 MG; 100 MG; 10 MG; 1000 UNIDADES; 120 MG; 2 MG; 6 MG; 18 MG; 400 MG; 40 MG; 4 MG; 20 MG; 40 MG; 150 MG; 2 MG; 1.7 MG; 20 MG; 45 MG; 1.5 MG; 50 UNIDADES; 15 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
MULTI VITAMIN/MINERALS FULL SPECTRUM TABLETA 90 MG; 5000 UNIDADES 45 MG; 300 MG; 162 MG; 10 MG; 27 MG; 400 UNIDADES; 25 MG; 2 MG; 9 MG; 27 MG; 400 MG; 100 MG; 5 MG; 25 MG; 20 MG; 125 MG; 25 MG; 30 MG; 150 MG; 3 MG; 2.6 MG; 25 MG; 2.25 MG; 34 UNIDADES; 15 MG	\$0 para el Nivel 1	*
MULTIPLE VITAMINS/IRON TABLETA MASTICABLE 60 MG; 4.5 MG; 400 UNIDADES; 15 MG; 0.3 MG; 13.5 MG; 1.04 MG; 1.2 MG; 1.05 MG; 2500 UNIDADES; 15 UNIDADES	\$0 para el Nivel 1	*
MULTIVITAMIN CHILDRENS TABLETA MASTICABLE 60 MG; 10 MG; 4.5 MG; 300 MG; 13.5 MG; 1.05 MG; 750 MG; 1.2 MG; 1.05 MG; 6.75 MG	\$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	*
MULTI-VITAMIN TABLETA 60 MG; 30 MG; 10 MG; 400 UNIDAD; 6 MG; 400 MG; 20 MG; 2 MG; 5000 UNIDAD; 1.7 MG; 1.5 MG; 30 UNIDADES	\$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	*



Si tiene preguntas, llame a 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
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; 0.25 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	*
MULTI-VITAMINS/IRON TABLETA 60 MG; 10 MG; 6 MG; 400 UNIDADES; 18 MG; 400 MG; 20 MG; 2 MG; 5000 UNIDADES; 1.7 MG; 1.5 MG; 30 UNIDADES	\$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	*
<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	*

Si tiene preguntas, llame a 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>natrapel líquido 20 %</i>	\$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 TRANSDERMAL SYSTEM KIT	\$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	*
<i>off active aerosol 15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>off deep woods dry aerosol 25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>off deep woods sportsmen aerosol 30 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>off familycare clean feel líquido 5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>off smooth & dry aerosol 15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
OLIVE OIL	\$0 para el Nivel 1	*
<i>olopatadine hydrochloride solución 0.1 %, 0.2 %</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>omega 3 cápsula</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>omega-3 cápsula 120 mg; 180 mg; 1000 mg; 1 unidad, 308 mg; 448 mg; 1400 mg; 910 mg</i>	\$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 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	*
<i>pataday extra strength solución 0.7 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
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	*

Si tiene preguntas, llame a 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
PHENAZOPYRIDINE HYDROCHLORIDE TABLETA 100 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 1	*
<i>phenazopyridine hydrochloride tableta 95 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
PHOSPHOROUS TABLETA 155 MG, 852 MG, 130 MG	\$0 para el Nivel 1	*
PHOSPHO-TRIN K500 TABLETA 500 MG	\$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; 10MG/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	*
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	*



Si tiene preguntas, llame a 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 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	*
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	*
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	*
<i>prestige glucose control líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>primadophilus bifidus cápsula de liberación retardada</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>primadophilus kids tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic + immune tableta masticable 45 mg; 25 µg; 1.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic acidophilus tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic cápsula 1,000 millones; 250 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic chocolate bears childrens tableta masticable</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>probiotic digestive support extra strength cápsula 200 mg; 20 mil millones</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic formula cápsula 1,000 millones; 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic gummies tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic multi-enzyme tableta 16.667 mg; 33.333 mg; 8.333 mg; 48 mg; 1.667 mg; 3.333 mg; 3.333 mg; 5 mg; 33.333 mg; 8.333 mg; 8.333 mg; 36 mg; 16.667 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>probiotic tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>prodigy solución de control baja</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>provella tableta</i>	\$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	*
<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	*
<i>ra probiotic gummies tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>ranger ready repellent líquido 20 %</i>	\$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	*



Si tiene preguntas, llame a 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
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	*
<i>refresh optive solución 0.5 %; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH RELIEVA PF SOLUCIÓN 0.5 %; 1 %	\$0 para el Nivel 1	*
REFRESH RELIEVA PF XTRA SOLUCIÓN 0.5 %; 0.9 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>refresh relieves solución 0.5 %; 0.9 %</i>	\$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	*
<i>repel family aerosol 15 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>repel sportsmen dry aerosol 25 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>repel sportsmen max aerosol 40 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>rightest gc300 control normal, líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>risa-bid probiotic tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>saccharomyces boulardii cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>saccharomycin df cápsula 250 mg</i>	\$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
<i>sawyer insect repellent aerosol 30 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sawyer premium insect repellent líquido 20 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>scalpicin líquido 3 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>seni care crema para el cuerpo</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>senna smooth tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>senna jarabe 176 mg/5 ml, 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	*
<i>sensi-care crema hidratante</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 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	*
<i>sm probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SM SLOW RELEASE IRON TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 143 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>smarty pants kids probiotic complete tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sodium bicarbonate polvo</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>sodium bicarbonate tableta 325 mg, 650 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<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>solus v2 solución de control baja</i>	\$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	*
<i>sorbidon hydrate crema</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SORBITOL POLVO	\$0 para el Nivel 1	*
SORBITOL SOLUCIÓN 70 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>stablegi cápsula 250 mg</i>	\$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	*
STEVIOL POLVO DE GLUCÓSIDOS 95 %	\$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
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	*
<i>sween crema hidratante para el cuerpo</i>	\$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	*
<i>systane complete solución 0.6 %</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>systane contacts gotas calmantes</i>	\$0 para el Nivel 1	*
SYSTANE GEL GEL 0.4 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 1	*
<i>tai doc solución de control</i>	\$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 VARIOS 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	*



Si tiene preguntas, llame a 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-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>triple probiotic tableta</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>triprolidine hci líquido 0.625 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>triprolidine hydrochloride líquido 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	*
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	*
<i>trubiotics digestive + immune health tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>trubiotics kids tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>truetrack glucose control bajo, líquido</i>	\$0 para el Nivel 1	*
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE VARIOS	\$0 para el Nivel 1	*
TRUSTEX NON-LUBRICATED VARIOS	\$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	*

Si tiene preguntas, llame a 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>tussin dm max líquido 10 mg/5 ml; 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el	*
Nivel 1		
ULTRA-MEGA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 250 MG; 10000 UNIDADES; 25 MG; 25 MG; 75 MG; 50 MG; 75 MG; 75 MG; 75 MG; 0.25 MG; 400 UNIDADES; 10 MG; 400 MG; 25 MG; 5 MG; 75 MG; 150 MG; 7.2 MG; 6.1 MG; 75 MG; 75 MG; 10 MG; 75 MG; 75 MG; 25 MG; 10 MG; 75 MG; 150 UNIDADES; 15 MG	\$0 para el	*
Nivel 1		
<i>ultrathon insect repellent 8 aerosol 25 %</i>	\$0 para el	*
Nivel 1		
<i>unistrip solución de control baja</i>	\$0 para el	*
Nivel 1		
<i>up4 probiotics kids cubes tableta masticable</i>	\$0 para el	*
Nivel 1		
<i>up4 probiotics tableta masticable 15 mg; 1 gm</i>	\$0 para el	*
Nivel 1		
UREA CREMA 20 %	\$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		
<i>vaseline constant care crema</i>	\$0 para el	*
Nivel 1		
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE	\$0 para el	*
PELÍCULA PELÍCULA 28 %	Nivel 1	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVEGEL GEL	\$0 para el	*
4 %	Nivel 1	
<i>vicks dayquil cold & flu cápsula 325 mg; 10 mg;</i>	\$0 para el	*
5 mg	Nivel 1	
VITAMIN A/C/D INFANT/TODDLER	\$0 para el	*
SOLUCIÓN 50 MG/ML; 250 MG/ML; 10 MG/	Nivel 1	
ML		



Si tiene preguntas, llame a 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>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	*
<i>vitamin d3 tableta que se desintegra 5000 unidades</i>	\$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>yumvs probiotics zero tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>yumvskids probiotic zero tableta masticable</i>	\$0 para el Nivel 1	*
<i>yum-yum dophilus probiotic tableta masticable</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>yum-yum dophilus tableta masticable</i>	\$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
Symbols		ACTIMMUNE.....	133
<i>4x probiotic</i>	168	<i>acyclovir</i>	30
A		<i>acyclovir sodium</i>	30
<i>abacavir</i>	25	ADACEL.....	135
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	28	ADALIMUMAB.....	130
ABELCET.....	23	<i>adapalene</i>	169
<i>abigale</i>	111	<i>adefovir dipivoxil</i>	30
<i>abigale lo</i>	111	ADEMPAS.....	65
ABILIFY.....	74	<i>advance intuition solución de control</i>	169
ABILIFY MAINTENA.....	74	<i>advocate redi-code+ solución de control baja</i>	169
<i>abiraterone acetate</i>	39	<i>advocate solución control baja</i>	169
<i>abirtega</i>	39	<i>aenapine</i>	74
ABRYSVO.....	135	<i>afirmelle</i>	102
<i>acamprosate calcium dr</i>	93	<i>agamatrix control normal</i>	169
<i>acarbose</i>	97	<i>agua estéril para irrigación</i>	199
<i>accutane</i>	158	<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	166
<i>acebutolol hydrochloride</i>	58	AIMOVIG.....	90
<i>aceite mineral</i>	189	AIRSUPRA.....	157
<i>acetaminophen</i>	168	AKEEGA.....	39
<i>acetaminophen/aspirin/caffeine</i>	169	<i>ala-cort</i>	161
<i>acetaminophen/codeine</i>	17	ALAHIST D.....	169
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	17	<i>albendazole</i>	19
<i>acetaminophen er 8 horas arthritis pain relief</i>	168	ALBUSTIX TIRA.....	170
<i>acetaminophen extra strength</i>	168	<i>albuterol sulfate</i>	154
<i>acetaminophen junior strength</i>	168	<i>albuterol sulfate hfa</i>	154
<i>acetaminophen rapid tabs childrens</i>	168	<i>alclometasone dipropionate</i>	161
<i>acetazolamide</i>	62	ALCOHOL PREPS APÓSITO.....	170
<i>acetazolamide er</i>	62	ALECENSA.....	41
<i>acetic acid</i>	151	<i>alendronate sodium</i>	100
<i>acetic acid 0.25 %</i>	125	<i>alfuzosin hcl er</i>	125
<i>acetylcysteine</i>	114, 155	<i>align</i>	170
<i>acid gone</i>	169	<i>align dualbiotic</i>	170
<i>acidophilus</i>	169	<i>align jr for kids</i>	170
<i>acidophilus/bacillus coagulans extra strength</i>	169	<i>align kids probiotic</i>	170
<i>acidophilus/citrus pectin</i>	169	<i>aliskiren</i>	63
<i>acidophilus lactobacilli</i>	169	<i>allopurinol</i>	14
<i>acidophilus/pectin</i>	169	<i>alosetron hydrochloride</i>	122, 123
<i>acidophilus probiotic blend</i>	169	<i>alprazolam</i>	66
<i>acidophilus with bifidus</i>	169	ALPRAZOLAM INTENSOL.....	66
<i>acitretin</i>	161	<i>altavera</i>	102
ACTHIB.....	135	<i>aluminum/magnesium/simethicone</i>	170
		ALUNBRIG.....	41, 42

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ALVAIZ.....	129	ARCALYST.....	133
ALVESCO.....	157	AREXVY.....	135
<i>alyacen 1/35</i>	102	ARIKAYCE.....	19
<i>alyacen 7/7/7</i>	102	<i>aripiprazole</i>	74
<i>amantadine</i>	72	ARISTADA.....	74
<i>amantadine hcl</i>	72	<i>armodafinil</i>	93
<i>ambrisentan</i>	65	ARNUITY ELLIPTA.....	157
<i>americerin</i>	170	<i>artificial tears</i>	170
<i>amethyst</i>	102	<i>ashlyna</i>	102
<i>amikacini sulfate</i>	19	ASPARLAS.....	41
<i>amiloride hcl</i>	62	<i>aspirin</i>	170, 171
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	62	<i>aspirin/dipyridamole er</i>	130
<i>aminophylline</i>	155	<i>aspirin regular strength</i>	170
<i>amiodarone hydrochloride</i>	55	ASPIRIN SUPOSITORIO.....	170
<i>amitriptyline hcl</i>	68	<i>assure dose solución de control normal</i>	171
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	68	ASTAGRAF XL.....	134
<i>amlodipine besylate</i>	60	ATABEX OB.....	171
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	63	<i>atazanavir</i>	25
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	52	<i>atazanavir sulfate</i>	25
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	53	<i>atenolol</i>	58
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	53	<i>atenolol/chlorthalidone</i>	58
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>atomoxetine</i>	87, 88
<i>ammonium lactate</i>	164, 170	<i>atorvastatin calcium</i>	56
<i>amnesteem</i>	158	<i>atovaquone</i>	19
<i>amoxapine</i>	68	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	24
<i>amoxicillin</i>	35, 36	<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	25
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	35	<i>atropine sulfate</i>	151
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	35	ATROVENT HFA.....	152
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	87	<i>aubra eq</i>	102
<i>amphotericin b</i>	23	AUGTYRO.....	42
<i>amphotericin b liposome</i>	23	<i>aurovela 1.5/30</i>	102
<i>ampicillin</i>	36	<i>aurovela 1/20</i>	102
<i>ampicillin sodium</i>	36	<i>aurovela 24 fe</i>	102
<i>ampicillin-sulbactam</i>	36	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	102
<i>ampicillin/sulbactam</i>	36	<i>aurovela fe 1/20</i>	102
<i>anagrelide hydrochloride</i>	129	AUSTEDO.....	91
<i>anastrozole</i>	39	AUSTEDO XR.....	91
ANORO ELLIPTA.....	152	AUVELITY.....	68
<i>antacid & anti-gas maximum strength</i>	170	<i>aveeno baby soothing multi-purpose</i>	171
<i>antacid extra strength</i>	170	<i>aviane</i>	102
<i>antibiotic + pain relief maximum strength</i>	170	AVMAPKI FAKZYNJA.....	42
APÓSITOS DE GASA CURITY.....	95	AYR NASAL DROPS.....	171
<i>aprepitant</i>	118	<i>ayuna</i>	102
<i>apri</i>	102	AYVAKIT.....	42
APTIOM.....	80	<i>azathioprine</i>	134
APTIVUS.....	25	AZATHIOPRINE.....	134
<i>aranelle</i>	102	<i>azelaic acid</i>	164

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>azelastine hcl</i>	149	<i>betaxolol hcl</i>	58, 149
<i>azelastine hydrochloride</i>	153	<i>bethanechol chloride</i>	125
<i>azithromycin</i>	34	BEVESPI.....	152
<i>aztreonam</i>	19	<i>bexarotene</i>	41, 165
<i>azurette</i>	103	BEXSERO.....	135
B		<i>bicalutamide</i>	39
<i>b-12 quick dissolve</i>	171	BICILLIN L-A.....	36
<i>bacid</i>	171	BIKTARVY.....	28
<i>bacitracin</i>	147, 171	BILDYOS.....	100
<i>bacitracin/neomycin/polymyxin</i>	171	BILPREVDA.....	100
<i>bacitracin/polymyxin</i>	171	BIMZELX.....	130
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	147	<i>biohm childrens probiotic supplement</i>	172
<i>bacitracin zinc</i>	171	<i>bion tears</i>	172
<i>baclofen</i>	92	<i>bisacodyl</i>	172
BAFIERTAM.....	92	<i>bisacodyl supositorio</i>	172
<i>balmex multi-purpose</i>	171	<i>bismuth subsalicylate</i>	172
<i>balsalazide disodium</i>	121	<i>bisoprolol</i>	59
BALVERSA.....	42	<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	58
<i>balziva</i>	103	<i>blisovi 24 fe</i>	103
BARACLUDE.....	30	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	103
<i>bayer advanced aspirin extra strength</i>	171	<i>blisovi fe 1/20</i>	103
BCG.....	135	BLUJEPa.....	19
BD ALCOHOL SWABS.....	95	BONSITY.....	100
BD GLUCOSE TABLETA.....	171	BOOSTRIX.....	135
BD INSULIN JERINGA.....	95	<i>bosentan</i>	65
BD PEN.....	95	BOSULIF.....	42
BD PEN AGUJA/ORIGINAL/ ULTRAFINA/29 G X 1/2.....	95	BRAFTOVI.....	42
<i>benazepril hydrochloride</i>	52	BREO ELLIPTA.....	157
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	52	BREZTRI.....	152
BENLYSTA.....	134	<i>briellyn</i>	103
<i>benzoyl peroxide</i>	171, 172	<i>brimonidine tartrate</i>	149, 150
BENZOYL PEROXIDE.....	171	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	149
<i>benzoyl peroxide wash</i>	172	<i>brinzolamide</i>	150
<i>benztropine mesylate</i>	72	BRIVIACT.....	80
BENZYL ACOHOL.....	172	<i>bromfenac</i>	148
BENZYL BENZOATE.....	172	<i>bromfenac sodium</i>	148
BERINERT.....	129	<i>bromocriptine mesylate</i>	72
BESIFLOXACIN HYDROCHLORIDE.....	147	BRUKINSA.....	42
BESIVANCE.....	147	<i>budesonide</i>	157
BESREMI.....	41	<i>budesonide aerosol nasal</i>	172
<i>betaine anhydrous polvo</i>	114	<i>budesonide dr</i>	121
<i>betamethasone dipropionate</i>	162	<i>budesonide er</i>	121
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	161	<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	157
<i>betamethasone valerate</i>	162	<i>bumetanide</i>	62
BETASERON.....	92	<i>buprenorphine</i>	16
		<i>buprenorphine hcl</i>	93
		<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	93

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	93	<i>carbamazepine</i>	80
<i>bupropion</i>	68	<i>carbamazepine er</i>	80
BUPROPION	68	<i>carbamoxide ear drops</i>	173
<i>bupropion hydrochloride er</i>	68, 93	<i>carbidopa</i>	73
<i>bupirone hcl</i>	66	<i>carbidopa/levodopa</i>	73
<i>bupirone hydrochloride</i>	66	CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE	73
<i>butenafine hydrochloride</i>	172	<i>carbidopa/levodopa er</i>	72
<i>butorphanol tartrate</i>	17	<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables</i>	73
C		CARBINOXAMINE	153
<i>cabergoline</i>	114	<i>carbinoxamine maleate</i>	153
CABOMETYX	42	<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	173
<i>calamine</i>	172	<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel</i>	174
CALAMINE LOCIÓN	172	<i>carboxymethylcellulose sodium solución oftálmica</i>	174
<i>calcipotriene</i>	161	<i>carglumic acid</i>	114
<i>calcitonin-salmon</i>	100	<i>carteolol hcl</i>	150
<i>calcitrene</i>	161	<i>cartia xt</i>	60
<i>calcitriol</i>	118	<i>carvedilol</i>	59
CALCITRIOL	161	<i>carvedilol phosphate er</i>	59
CALCIUM + D3	172	<i>caspofungin acetate</i>	23
<i>calcium 500 + d</i>	172	CASTOR OIL	174
CALCIUM 500 + D3 HIGH POTENCY	172	<i>castor oil stimulant laxative</i>	174
<i>calcium 600 + d</i>	173	CAYSTON	19
<i>calcium 600 + d plus minerals</i>	173	<i>cefaclor</i>	32
CALCIUM 600 + MINERALS	173	CEFACLOR ER	31
<i>calcium 600/vitamin d</i>	173	<i>cefadroxil</i>	32
<i>calcium antacid extra strength</i>	173	<i>cefazolin</i>	32
<i>calcium antacid ultra</i>	173	CEFAZOLIN	32
<i>calcium carbonate</i>	173	CEFAZOLIN/DEXTROSE	32
CALCIUM CARBONATE	173	<i>cefazolin sodium</i>	32
<i>calcium citrate</i>	173	CEFAZOLIN SODIUM	32
<i>calcium oyster shell</i>	173	<i>cefdinir</i>	32
<i>calcium polycarbophil</i>	173	<i>cefepime</i>	32
<i>calcium tableta 500 mg</i>	173	<i>cefixime</i>	32
<i>calcium tableta 1500 mg, 600 mg</i>	173	<i>cefotetan</i>	33
<i>calcium/vitamin d</i>	173	<i>cefoxitin</i>	33
CALQUENCE	42	<i>cefpodoxime proxetil</i>	33
<i>camila</i>	103	<i>cefprozil</i>	33
CAMRESE	103	<i>ceftazidime</i>	33
CAMRESE LO	103	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	33
<i>candesartan cilexetil</i>	55	<i>ceftriaxone sodium</i>	33
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	54	CEFTRIAXONE SODIUM	33
CAPLYTA	74	<i>cefuroxime axetil</i>	33
CAPRELSA	42	<i>cefuroxime sodium</i>	33
<i>capsaicin</i>	173	<i>celecoxib</i>	14
<i>captopril</i>	52	<i>cephalexin</i>	33
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	52	<i>cerave baby pomada curativa</i>	174
		CERDELGA	114

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cetirizine hcl</i>	174	<i>clarithromycin</i>	34
<i>cetirizine hydrochloride</i>	153, 174	<i>clarithromycin er</i>	34
<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride</i>	174	<i>clear eyes natural tears lubricant</i>	175
<i>cevimeline hydrochloride</i>	166	<i>clemastine fumarate</i>	153
<i>champú anticaspa</i>	170	CLENPIQ.....	122
<i>charlotte 24 fe</i>	103	<i>clever choice glucose control baja</i>	175
<i>chateal eq</i>	103	<i>clindacin</i>	158
CHEMET.....	101	<i>clindamycin hcl</i>	19
CHEMSTRIP 2 LN TIRAS.....	174	<i>clindamycin hydrochloride</i>	19
CHEMSTRIP 9 TIRAS.....	174	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	19
CHEMSTRIP UGK.....	174	<i>clindamycin phosphate</i>	19, 20, 126, 158
CHERRY JARABE.....	174	<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	19
<i>chewable vitamin c</i>	174	<i>clindamycin phosphate (dos veces por día)</i>	158
<i>childrens pepto</i>	174	<i>clindamycin phosphate (una vez por día)</i>	158
CHLOPHEDIANOL/DEXCHLOPHENIRAMINE./PSEUDOEPHEDRINE.....	174	CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE.....	20
<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	19	CLINIMIX 6/5.....	144
<i>chloraseptic</i>	175	CLINIMIX 8/10.....	144
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	66	CLINIMIX 8/14.....	144
<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	66	CLINOLIPID.....	145
<i>chlorhexidine gluconate</i>	166	<i>clinpro 5000 pasta</i>	166
<i>chloroquine phosphate</i>	25	<i>clobazam</i>	80
<i>chlorpheniramine maleate</i>	175	<i>clobetasol propionate</i>	162
<i>chlorpromazine hcl</i>	74, 75	<i>clobetasol propionate e</i>	162
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	75	<i>clodan</i>	162
<i>chlorthalidone</i>	62	<i>clomipramine hydrochloride</i>	68
<i>chlorzoxazone</i>	92	<i>clonazepam</i>	80
<i>chocolated laxative</i>	175	<i>clonazepam tabs. bucodispersables</i>	80
<i>cholestyramine</i>	57	<i>clonidine</i>	63
<i>cholestyramine light</i>	57	<i>clonidine hydrochloride</i>	63
<i>ciclopirox</i>	160	<i>clopidogrel</i>	130
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	159	<i>clorazepate dipotassium</i>	81
<i>ciclopirox olamine</i>	160	<i>clotrimazole</i>	160, 175
<i>cilostazol</i>	129	<i>clotrimazole 3</i>	175
CILOXAN.....	147	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	160
CIMDUO.....	28	<i>clotrimazole external</i>	175
<i>cimetidine</i>	121, 175	<i>clotrimazole past. para chup</i>	167
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	68, 114	<i>clotrimazole vaginal</i>	175
<i>ciprofloxacin</i>	151	<i>clozapine</i>	75
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	151	<i>clozapine tabs. bucodispersables</i>	75
<i>ciprofloxacin hcl</i>	34	CLOZAPINE TABS. BUCODISPERSABLES.....	75
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	34, 147	COARTEM.....	25
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	35	COBENFY.....	75
CIPRO HC.....	151	COBENFY STARTER PACK.....	75
<i>citalopram hydrobromide</i>	68	CODEINE SULFATE.....	17
<i>claravis</i>	158	<i>colchicine</i>	14
		<i>cold & cough childrens</i>	175
		<i>cold/flu daytime relief</i>	175

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>coleman 100 max insect repellent/espray continuo</i>	175	<i>cvs digestive probiotic</i>	177
<i>coleman insect repellent/high & dry</i>	175	<i>cvs insect repellent</i>	177
<i>coleman insect repellent/sportsmen</i>	175	<i>cvs natural tears pf.</i>	177
<i>colesevelam hydrochloride</i>	57	<i>cvs petroleum gel con vitamin e</i>	177
<i>colestipol hydrochloride</i>	57	<i>cvs probiotic</i>	177
<i>colistimethate sodium</i>	20	<i>cvs probiotic childrens</i>	177
COMBIGAN	150	<i>cvs scalp relief</i>	177
COMBIVENT RESPIMAT	152	<i>cvs sleep-aid nighttime</i>	177
COMETRIQ KIT	43	<i>cvs total home insect repellent</i>	177
<i>compro</i>	118	<i>cyanocobalamin</i>	177
<i>conjugated estrogens</i>	111	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	92
<i>consulose</i>	122	<i>cyclophosphamide cápsula</i>	38
<i>contour bajo control</i>	175	CYCLOPHOSPHAMIDE TABLETA	38
<i>contour next control nivel 1, solución</i>	175	<i>cycloserine</i>	29
<i>contour next control nivel 2, solución</i>	176	<i>cyclosporine</i>	134
<i>contour normal control</i>	176	<i>cyclosporine modified</i>	134
<i>control solución normal</i>	176	<i>cyproheptadine hcl</i>	153
COPIKTRA	43	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	153
CORLANOR	63	<i>cyred eq</i>	103
<i>corn and callus remover</i>	176	CYSTAGON	114
<i>cortizone-10 feminine itch relief maximum strength</i> ..	176	CYSTARAN	151
COTELLIC	43		
<i>cottonseed oil</i>	176	D	
<i>crema hidratante</i>	189	<i>dabigatran</i>	127
CREON	123	<i>daily chewable probiotic-14</i>	177
CRESEMBA	23	<i>daily probiotic supplement</i>	177
<i>cromolyn sodium</i>	123, 149, 155, 176	<i>dalfampridine er</i>	92
<i>cryselle</i>	103	<i>danazol</i>	94
<i>cryselle-28</i>	103	<i>dantrolene sodium</i>	93
<i>culturelle adult ultimatebalance</i>	176	DANZITEN	43
<i>culturelle digestive daily probiotic pro strength</i>	176	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL	97
<i>culturelle digestive health</i>	176	<i>dapsone</i>	20, 159
<i>culturelle health & wellness</i>	176	DAPTACEL	135
<i>culturelle immune defense</i>	176	<i>daptomycin</i>	20
<i>culturelle kids immune defense</i>	176	DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	20
<i>culturelle kids immune defense probiotic</i>	176	<i>darunavir</i>	25
<i>culturelle kids probiotic+ veggie fiber</i>	176	<i>dasatinib</i>	43
<i>culturelle probiotic & prebiotic</i>	176	<i>dasetta 1/35</i>	103
<i>culturelle probiotics kids</i>	176	<i>dasetta 7/7/7</i>	103
<i>culturelle ultimate strength probiotic</i>	176	DAURISMO	43
<i>cutter aerosol</i>	176	<i>daysee</i>	103
<i>cutter all family</i>	177	<i>day-time pe cold/flu relief</i>	177
<i>cutter backwoods dry</i>	177	DAYVIGO	89
<i>cutter skinsations</i>	177	<i>deblitane</i>	103
<i>cutter sport</i>	177	<i>deferasirox</i>	101
<i>cvs advanced probiotic gummies</i>	177	DELSTRIGO	28
<i>cvs chewable probiotic childrens</i>	177	<i>delyla</i>	103

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
DENGVAIXA	135	<i>diatruie glucose control solución solución nivel 1</i>	178
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE.....	167	<i>diatruie glucose control solución solución nivel 2</i>	178
<i>dentagel</i>	167	<i>diazepam</i>	81
DEPO-SUBQ PROVERA.....	104	DIAZEPAM	81
DESCOVY	28	<i>diazepam intensol</i>	81
<i>desipramine hydrochloride</i>	68	<i>diazoxide</i>	114
<i>desitin multi-purpose healing</i>	178	<i>diclofenac potassium</i>	14
<i>desloratadine</i>	153	<i>diclofenac sodium</i>	148, 165, 178
<i>desloratadine bucodispersable</i>	153	<i>diclofenac sodium dr</i>	15
<i>desmopressin acetate</i>	115	<i>diclofenac sodium er</i>	15
<i>desonide</i>	162	<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	15
<i>desoximetasone</i>	162	<i>dicloxacillin sodium</i>	36
<i>dessmopressin acetate</i>	115	<i>dicyclomine hcl</i>	120
<i>desvenlafaxine er</i>	68	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	120
<i>dexamethasone</i>	113	DIFICID	34
<i>dexamethasone intensol</i>	113	<i>diflunisal</i>	15
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	148	<i>difluprednate</i>	148
<i>dexlansoprazole</i>	124	<i>digestive advantage dailydigestive & immune</i> <i>support</i>	178
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	88	<i>digestive advantage kids daily digestive & immune</i> <i>support</i>	178
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	88	<i>digestive advantage kids daily probiotic+gen prebiotic</i> <i>fiber</i>	178
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	88	<i>digestive advantage kids daily probiotic gummies</i>	178
<i>dextroamphetamine</i>	88	<i>digestive advantage multi-strain probiotic ultra</i>	178
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	88	<i>digestive advantage prebiotic+probiotic</i>	178
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	88	<i>digestive advantage probiotic gummies</i>	178
<i>dextromethorphan/guaifenesin</i>	178	<i>digestive probiotic</i>	178
<i>dextromethorphan hbr</i>	178	<i>digox</i>	64
<i>dextromethorphan hydrobromide/guaifenesin</i>	178	<i>digoxin</i>	63
<i>dextromethorphan polistirex er</i>	178	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	90
DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %... 138		DILANTIN	81
<i>dextrose 5 %</i>	145	DILANTIN-125	81
DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE n.º 48.....	138	DILANTIN INFATABS	81
DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS.....	138	<i>diltiazem</i>	60
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %.....	138	<i>diltiazem hcl</i>	60
<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 %</i>	138	DILTIAZEM HCL	60
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 %.....	138	<i>diltiazem hcl er</i>	60
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.33 %.....	138	<i>diltiazem hydrochloride</i>	60
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %.....	138	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	60
<i>dextrose 10 %</i>	145	<i>dilt-xr</i>	60
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %.....	138	<i>dimenhydrinate</i>	179
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %... 138		DIMENHYDRINATE.....	118
<i>dextrose 50 %</i>	145	<i>diphenhydramine hcl</i>	179
<i>dextrose 70 %</i>	145	<i>diphenhydramine hcl/zinc acetate</i>	179
<i>dextrose/sodium chloride</i>	138	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	153, 179
<i>dhs tar champú</i>	178	<i>diphenoxylate/atropine</i>	123
DIACOMIT.....	81		
<i>dialyvite chewable probiotic</i>	178		
DIASTIX TIRA	178		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	123	<i>easy plus ii solución de control baja</i>	179
<i>dipyridamole</i>	130	<i>easy step solución de control baja</i>	179
<i>disopyramide phosphate</i>	55	<i>easy talk plus ii control bajo</i>	180
<i>disulfiram</i>	94	<i>easy talk solución de control baja</i>	180
<i>divalproex sodium dr</i>	81	<i>easy talk solución de control normal</i>	180
<i>divalproex sodium er</i>	81	<i>easy trak glucose solución de control baja</i>	180
<i>docosanol</i>	179	<i>easy trak glucose solución de control normal</i>	180
<i>docusate calcium</i>	179	<i>easy trak ii solución de control/normal</i>	180
<i>docusate sodium</i>	179	<i>econazole nitrate</i>	160
DOCUSATE SODIUM	179	EDARBI	55
<i>dofetilide</i>	55	EDARBYCLOR	54
<i>dolishale</i>	104	<i>ed chlorped jr</i>	180
<i>donepezil hcl</i>	67	EDURANT	25
<i>donepezil hydrochloride</i>	67	EDURANT PED	25
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	150	<i>efavirenz</i>	25
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	150	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	28
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	150	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	28
<i>dotti</i>	111	<i>effek-k</i>	140
DOVATO	28	<i>effervescent pain relief</i>	180
<i>doxazosin mesylate</i>	53	<i>element control bajo</i>	180
<i>doxepin hcl</i>	68, 69	<i>element control normal</i>	180
<i>doxepin hydrochloride</i>	69, 89, 165	<i>eletriptan hydrobromide</i>	90
<i>doxercalciferol</i>	118	ELIGARD	39
<i>doxy 100</i>	37	<i>elimest</i>	104
<i>doxycycline</i>	37, 165	ELIQUIS	127
<i>doxycycline hyclate</i>	37	ELIQUIS PAQ. INICIAL	127
<i>doxycycline monohydrate</i>	37	<i>eluyring</i>	104
DRIZALMA	69	<i>embrace evo glucose solución de control nivel 1</i>	180
<i>dronabinol</i>	119	<i>embrace solución de control baja</i>	180
<i>drospirenone</i>	104	<i>embrace talk glucose solución de control baja</i>	180
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i> ..	104	EMEND	119
DROXIA	129	EMSAM	69
<i>droxidopa</i>	64	<i>emtricitabine</i>	25
<i>dry eye relief drops</i>	179	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	28
DUAVEE	112	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	28
DULERA	157	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	28
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	69	EMTRIVA	25
DUPIXENT	130	EMVERM	20
DUREX REALFEEL DISPOSITIVO SIN LÁTEX ..	179	<i>emzahn</i>	104
<i>dutasteride</i>	125	<i>enalapril maleate</i>	52
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	125	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	52
<i>d-vi-sol</i>	179	ENBREL	131
<i>dynashield</i>	179	ENBREL MINI	130
E		ENBREL SURECLICK	130
<i>easy check glucose solución de control normal</i>	179	ENCARE	180
<i>easymax solución de control normal</i>	180	<i>endocet</i>	17
		<i>enema disposable</i>	180

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ENGERIX-B	135	ETHYL OLEATE	181
<i>enilloring</i>	104	<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	104
<i>enoxaparin sodium</i>	127	<i>etodolac</i>	15
ENSACOVE	43	<i>etodolac er</i>	15
<i>enskyce</i>	104	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	104
<i>entacapone</i>	73	<i>etravirine</i>	26
<i>entecavir</i>	30	EUCRISA	165
ENTRESTO	54	EULEXIN	39
<i>enulose</i>	122	<i>everolimus</i>	43, 44, 134
EPCLUSA	30	<i>evolution solución de control normal</i>	181
EPIDIOLEX	81	EVOTAZ	28
<i>epinastine hcl</i>	149	<i>exemestane</i>	39
<i>epinephrine</i>	155	<i>ex-lax</i>	181
<i>eplerenone</i>	53	EXTENCILLINE	36
<i>epoprostenol sodium</i>	65	EXXUA	69
EPRONTIA	82	EXXUA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	69
<i>eql 2 in 1 probiotic</i>	180	<i>eye allergy relief</i>	181
<i>eql 4x probiotic</i>	180	EYSUVIS	151
<i>ergocalciferol</i>	181	<i>ezetimibe</i>	57
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	90	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	57
ERIVEDGE	43	F	
ERLEADA	39	<i>falmina</i>	104
<i>erlotinib hydrochloride</i>	43	<i>famciclovir</i>	30
<i>errin</i>	104	<i>famotidine</i>	121, 181
ERTACZO	160	<i>famotidine premixed</i>	121
<i>ertapenem sodium</i>	20	FANAPT	76
<i>ery</i>	159	FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS A ..	76
<i>eryhtromycin dr</i>	34	FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS B ..	76
<i>erythromycin</i>	147, 159	FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS C ..	76
<i>erythromycin base</i>	34	FARXIGA	97
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	159	FASENRA	155
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	34	FC2 PRESERVATIVO FEMENINO	181
<i>erythromycin lactobionate</i>	34	<i>febuxostat</i>	14
ERZOFRI	75	<i>feirza 1.5/30</i>	104
<i>escitalopram oxalate</i>	69	<i>feirza 1/20</i>	104
ESCITALOPRAM OXALATE	69	<i>felbamate</i>	82
<i>eslicarbazepine acetate</i>	82	<i>felodipine er</i>	61
<i>esomeprazole magnesium</i>	124, 181	<i>fenofibrate</i>	56
<i>esomeprazole magnesium dr</i>	181	<i>fenofibrate micronized</i>	56
<i>esomeprazole sodium</i>	124	<i>fenofibric acid dr</i>	56
<i>estarylla</i>	104	<i>fenopropfen calcium</i>	15
<i>estradiol</i>	112	FENOPROFEN CALCIUM	15
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	112	<i>fentanyl</i>	16
<i>estradiol valerate</i>	112	FERRETT'S CHEWABLE IRON	181
ESTRING	112	<i>ferrous fumarate 324</i>	181
<i>ethambutol hydrochloride</i>	29	<i>ferrous gluconate tableta 240 mg, 324 mg</i>	181
<i>ethosuximide</i>	82		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ferrous sulfate</i>	181	<i>fluoxetine dr</i>	70
FERROUS SULFATE.....	181	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	70
<i>fesoterodine fumarate er</i>	126	<i>fluphenazine decanoate</i>	76
FETZIMA	70	<i>fluphenazine hcl</i>	76
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	69	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	76
<i>fexofenadine hcl childrens allergy</i>	181	<i>flurbiprofen</i>	15
<i>fexofenadine hydrochloride</i>	181	<i>flurbiprofen sodium</i>	149
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine</i> <i>hydrochloride er</i>	182	<i>fluticasone</i>	157
FIASP	95	<i>fluticasone propionate</i>	156, 163, 182
FIASP FLEXTOUCH	95	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	158
FIASP PENFILL	95	FLUTICASONE PROPIONATE/SALMETEROL HFA.....	158
FIASP PUMPCART.....	95	<i>fluvastatin</i>	57
<i>fiber powder</i>	182	<i>fluvastatin sodium er</i>	57
<i>fidaxomicin</i>	34	<i>fluvoxamine maleate</i>	66
<i>finasteride</i>	125	<i>fluvoxamine maleate er</i>	66
<i>fingolimid hydrochloride</i>	92	<i>folic acid</i>	182
FINTEPLA.....	82	<i>folic acid/vitamin b-6/vitamin b-12</i>	182
<i>finzala</i>	104	FOLPLEX 2.2	182
FIRMAGON	39	<i>fomepizole</i>	115
<i>flac</i>	151	<i>fondaparinux sodium</i>	127
<i>flanders buttocks</i>	182	<i>fondacircle solución de control</i>	182
FLAREX	149	<i>foracare gdh solución de control baja</i>	182
FLAVORX	182	<i>foracare gdh solución de control normal</i>	182
<i>flecainide acetate</i>	55	FORA GTEL BLOOD KETONE TIRAS REACTIVAS	182
<i>florastart</i>	182	<i>fora solución de control baja</i>	182
<i>florastor</i>	182	<i>fora solución de control normal</i>	182
<i>floraxis</i>	182	<i>fortiscare solución de control baja</i>	182
<i>fluconazole</i>	23, 24	<i>fortiscare solución de control normal</i>	183
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	23	<i>fosamprenavir calcium</i>	26
<i>fluconazole/sodium chloride</i>	23	<i>fosfomycin tromethamine</i>	20
<i>flucytosine</i>	24	<i>fosinopril sodium</i>	52
<i>fludrocortisone acetate</i>	113	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	52
<i>flunisolide</i>	156	<i>fosphenytoin sodium</i>	82
<i>fluocinolone acetoneide</i>	151, 163	FOTIVDA	44
<i>fluocinolone acetoneide para el cuero cabelludo</i>	162	FRAGMIN	127, 128
<i>fluocinolone acetoneide para el cuerpo</i>	162	<i>fraiche 5000 dental</i>	167
<i>fluocinonide</i>	163	<i>free + pure daily probiotic</i>	183
<i>fluocinonide emulsified base</i>	163	FRUZAQLA	44
<i>fluoride</i>	140	<i>ft probiotic</i>	183
<i>fluoridex daily defense</i>	167	<i>ft probiotic childrens</i>	183
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE ...	167	<i>furosemide</i>	62
<i>fluorimax 5000</i>	167	FUZEON.....	26
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE.....	167	<i>fyavolv</i>	112
<i>fluorometholone</i>	149	FYCOMPA.....	82
<i>fluorouracil</i>	165		
FLUOROURACIL.....	165		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
G			
<i>gabapentin</i>	82	GLUCOSE (DEXTROSE) 50 %	145
<i>galantamine hydrobromide</i>	67	GLUCOSE (DEXTROSE) 70 %	145
<i>galantamine hydrobromide er</i>	67	<i>glucose gel</i>	183
<i>galbriela</i>	105	<i>glucose tableta</i>	183
<i>gallifrey</i>	117	GLYCERIN.....	183
GAMASTAN	133	<i>glycerin adult supositorio</i>	183
GAMMAKED.....	133	<i>glycerin external líquido</i>	184
GAMUNEX-C	133	<i>glycerin infants & children suppository</i>	184
<i>ganciclovir</i>	30	<i>glycerin infant suppository</i>	184
GARDASIL 9	135	<i>glycopyrrolate</i>	120
<i>gatifloxacin</i>	147	GLYXAMBI	97
GATTEX.....	123	<i>gnp probiotic extra strength</i>	184
<i>gavilyte-c</i>	122	<i>gnp vitamin a/d ointment</i>	184
<i>gavilyte-g</i>	122	<i>gojji solución de control normal</i>	184
<i>gavilyte-n/paquete saborizado</i>	122	GOMEKLI	44
GAVISCON	183	GOOD START SUPREME AGUA ESTÉRIL.....	184
GAVRETO	44	<i>granisetron hydrochloride</i>	119
<i>gel100 solución de control normal</i>	183	<i>griseofulvin microsize</i>	24
<i>gefitinib</i>	44	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	24
<i>gemfibrozil</i>	56	<i>guaifenesin</i>	184
GEMTESA.....	126	<i>guaifenesin/codeine</i>	184
<i>generlac</i>	122	<i>guaifenesin/dextromethorphan</i>	184
<i>gengraf</i>	134	<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide</i>	184
GENOTROPIN	115	<i>guaifenesin er</i>	184
GENOTROPIN MINQUICK	115	<i>guanfacine</i>	88
<i>gentamicin sulfate</i>	20, 147, 159	<i>guanfacine hydrochloride</i>	64
<i>gentamicin sulfate pediátrico</i>	20	H	
<i>gentamicin sulfate/sodium chloride</i>	20	HADLIMA.....	131
GENTEAL SEVERE TEARS.....	183	HADLIMA PUSHTOUCH.....	131
<i>genteal tears liquid drops moderate</i>	183	HAEGARDA	129
<i>genteal tears mild</i>	183	<i>hailey 1.5/30</i>	105
<i>genteal tears moderate pf</i>	183	<i>hailey 24 fe</i>	105
<i>genteal tears severe day/night</i>	183	<i>hailey fe 1.5/30</i>	105
GENVOYA	28	<i>hailey fe 1/20</i>	105
GILOTRIF	44	<i>halobetasol propionate</i>	163
<i>glatiramer acetate</i>	92	<i>haloette</i>	105
<i>glatopa</i>	92	<i>haloperidol</i>	76
GLEOSTINE.....	38	<i>haloperidol decanoate</i>	76
<i>glimepiride</i>	97	<i>haloperidol lactate</i>	76
<i>glipizide</i>	97	HAVRIX	135
<i>glipizide er</i>	97	<i>heather</i>	105
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	97	<i>hemorrhoidal pomada</i>	184
<i>glucocard 01 solución de control/normal</i>	183	<i>heparin sodium</i>	128
<i>glucocard x-meter solución de control/normal</i>	183	HEPARIN SODIUM.....	128
<i>glucocom control normal</i>	183	HEPARIN SODIUM/D5W	128
<i>glucose control normal</i>	183	HEPARIN SODIUM/DEXTROSE.....	128

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 %.....	128	IMBRUVICA.....	45
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE.....	128	<i>imipenem/cilastatin</i>	20
HEPLISAV-B.....	135	<i>imipramine hcl</i>	70
HERNEXEOS.....	44	<i>imipramine hydrochloride</i>	70
HIBERIX.....	136	<i>imiquimod</i>	165
<i>histex</i>	184	IMIQUIMOD PUMP.....	165
HUMIRA.....	131	IMKELDI.....	45
HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO).....	95	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	136
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	95	IMPAVIDO.....	20
<i>hydralazine hydrochloride</i>	64	INBRIJA.....	73
<i>hydrocerin</i>	184	<i>incassia</i>	105
<i>hydrochlorothiazide</i>	62	INCRELEX.....	115
<i>hydrocodone</i>	17, 18	INCRUSE ELLIPTA.....	152
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	18	<i>indapamide</i>	63
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	17	INFANRIX.....	136
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	16	<i>infinity solución de control normal</i>	185
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	18	<i>infinity voice nivel 2</i>	185
<i>hydrocortisone</i>	113, 121, 163, 185	INLURIYO.....	39
HYDROCORTISONE.....	185	INLYTA.....	45
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	152	INQOVI.....	38
<i>hydrocortisone/aloe</i>	185	INREBIC.....	45
<i>hydrocortisone perianal</i>	165	INSTA-GLUCOSE GEL.....	185
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	113	INSULIN ASPART.....	96
<i>hydrocortisone valerate</i>	163	INSULIN ASPART FLEXPEN.....	95
<i>hydrolatum</i>	185	INSULIN ASPART PENFILL.....	96
<i>hydromorphone hcl</i>	18	INTELENCE.....	26
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE.....	18	<i>introvale</i>	105
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	133	INVEGA HAFYERA.....	76
<i>hydroxyurea</i>	41	INVEGA SUSTENNA.....	76, 77
<i>hydroxyzine hcl</i>	153	INVEGA TRINZA.....	77
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	153, 154	<i>inyección de electrolitos múltiples tipo 1</i>	139
<i>hydroxyzine pamoate</i>	154	IPOL INACTIVADA IPV.....	136
HYRNUO.....	44	<i>ipratropium bromide</i>	153
I		<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	152
<i>ibandronate sodium</i>	100	<i>irbesartan</i>	55
IBRANCE.....	44	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	54
IBTROZI.....	44	<i>iron</i>	186
<i>ibu</i>	15	IRON.....	186
<i>ibuprofen</i>	15, 185	<i>iron 100 plus</i>	185
<i>ibuprofen infants</i>	185	IRON CHEWS PEDIATRIC.....	186
<i>ibuprofen junior strength</i>	185	ISENTRESS.....	26
<i>icatibant acetate</i>	129	ISENTRESS HD.....	26
<i>iclevia</i>	105	<i>isibloom</i>	105
ICLUSIG.....	44	ISOLYTE-P/DEXTROSE 5 %.....	138
IDHIFA.....	44	ISOLYTE-S.....	138
<i>imatinib mesylate</i>	44, 45	ISOLYTE-S PH 7.4.....	138
		<i>isoniazid</i>	29

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>isopropyl alcohol toallitas</i>	186	<i>kalliga</i>	106
<i>isosorbide dinitrate</i>	64	KALYDECO	155
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	64	<i>kapectate</i>	186
<i>isosorbide mononitrate er</i>	64	<i>kapectate extra strength</i>	186
<i>isotonic gentamicin</i>	20	<i>kariva</i>	106
<i>isotretinoin</i>	159	KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.9 %	139
<i>isradipine</i>	61	KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.45 %	139
ITOVEBI	45	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.2 %	139
<i>itraconazole</i>	24	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.9 %	139
<i>ivabradine hydrochloride</i>	64	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.45 %	139
<i>ivermectin</i>	20, 21, 186	KCL 0.075 %/D5W/NACL 0.45 %	139
IVIZIA SEVERE/NIGHT DRY EYES	186	KEIMPTA	92
IWILFIN	41	<i>kelnor 1/35</i>	106
IXIARO	136	KERENDIA	53
J		<i>kerodex 71 wet</i>	186
<i>jaimiess</i>	105	<i>ketoconazole</i>	24, 160
JAKAFI	45	<i>ketodan</i>	160
<i>jantoven</i>	128	KETONE TIRAS REACTIVAS	186
JANUMET	98	<i>ketorolac tromethamine</i>	15, 149
JANUMET XR	98	KETOSTIX TIRA	186
JANUVIA	98	<i>ketotifen fumarate</i>	186
JARDIANCE	98	KINERET	131
<i>jasmiel</i>	105	KINRIX	136
<i>javygtor</i>	115	<i>kionex</i>	101
JAYPIRCA	45	KISQALI	45
<i>jencycla</i>	105	KISQALI FEMARA 400 DOSE	45
JENTADUETO	98	KISQALI FEMARA 600 DOSE	45
JENTADUETO XR	98	<i>klayesta</i>	160
<i>jinteli</i>	112	<i>klor-con</i>	141
JOLESSA	105	<i>klor-con 8</i>	140
<i>juleber</i>	105	<i>klor-con 10</i>	140
JULUCA	28	<i>klor-con/ef</i>	140
<i>junel 1.5/30</i>	105	<i>klor-con m10</i>	140
<i>junel 1/20</i>	105	<i>klor-con m15</i>	140
<i>junel fe 1.5/30</i>	105	<i>klor-con m20</i>	140
<i>junel fe 1/20</i>	106	KLOXXADO	94
<i>junel fe 24</i>	106	KOMZIFTI	45
<i>just right 5000</i>	167	KONSYL DAILY FIBER	186
<i>just tears eye drops</i>	186	KOSELUGO	45, 46
JYLAMVO	133	<i>kourzeq</i>	167
JYNNEOS	136	<i>kp omega-3 fish oil</i>	186
K		KRAZATI	46
<i>kaitlib fe</i>	106	<i>kristalose</i>	122
<i>kala</i>	186	<i>kurvelo</i>	106
KALETRA	28	L	
		<i>labetalol hydrochloride</i>	59

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>lacosamide</i>	82, 83	<i>levetiracetam er</i>	83
<i>lactated ringers</i>	139	LEVETIRACETAM/SODIUM CHLORIDE	83
<i>lactobacillus</i>	186	<i>levobunolol hcl</i>	150
LACTOSE MONOHYDRATE	186	<i>levocarnitine</i>	115
<i>lactulose</i>	122	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	154, 187
<i>lamivudine</i>	26, 30	<i>levofloxacin</i>	35, 147
<i>lamivudine/zidovudine</i>	28	<i>levofloxacin in d5w</i>	35
<i>lamotrigine</i>	83	<i>levonest</i>	106
<i>lamotrigine er</i>	83	<i>levonorgestrel</i>	187
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	83	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	106
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	83	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	106
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	83	<i>levora 0.15/30-28</i>	106
<i>lamotrigine tabs. bucodispersables</i>	83	<i>levo-t</i>	117
<i>lansoprazole</i>	124, 187	LEVOTHYROCINE	117
LANTUS	96	<i>levothyroxine sodium</i>	117
LANTUS SOLOSTAR	96	LEVOTHYROXINE SODIUM	117
<i>lapatinib ditosylate</i>	46	<i>levoxyl</i>	117
<i>larin 1.5/30</i>	106	<i>l-glutamine</i>	129
<i>larin 1/20</i>	106	<i>liberty glucose control normal</i>	187
<i>larin 24 fe</i>	106	LIBERVANT	84
<i>larin fe 1.5/30</i>	106	<i>lice killing champú</i>	187
<i>larin fe 1/20</i>	106	<i>lice treatment</i>	187
<i>latanoprost</i>	150	<i>lidocaine</i>	14, 164, 187
<i>laxative maximum strength</i>	187	<i>lidocaine hcl</i>	56
LAZCLUZE	46	LIDOCAINE HCL	55
<i>leflunomide</i>	133	LIDOCAINE HCL IN D5W	55
<i>lenalidomide</i>	40	<i>lidocaine hydrochloride</i>	14, 187
LENTOCILIN	36	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	167
LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA	46	<i>lidocaine/prilocaine</i>	164
LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA	46	<i>lidocaine viscous</i>	167
LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA	46	<i>lidocan</i>	164
LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA	46	LILETTA DISPOSITIVO INTRAUTERINO	107
LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA	46	<i>linezolid</i>	21
LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA	46	LINEZOLID	21
LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA	46	LINZESS	123
LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA	46	<i>liomny</i>	117
<i>lessina</i>	106	<i>liothyronine sodium</i>	117, 118
<i>letrozole</i>	39	<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	88
<i>leucovorin calcium</i>	41	<i>lisinopril</i>	53
LEUKERAN	38	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	52
<i>leuprolide acetate</i>	40	<i>lithium</i>	91
<i>levalbuterol</i>	154	<i>lithium carbonate</i>	91
<i>levalbuterol hcl</i>	154	<i>lithium carbonate er</i>	91
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	154	LIVTENCITY	30
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	154	<i>loción hidratante</i>	189
<i>levetiracetam</i>	83	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	107
LEVETIRACETAM	83	<i>loestrin 1/20-21</i>	107

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	107	M	
<i>loestrin fe 1/20</i>	107	<i>maalox childrens</i>	188
LOHIST-DM JARABE	187	<i>magnesium</i>	188
<i>lojaimiess</i>	107	<i>magnesium citrate</i>	188
LOKELMA	101	<i>magnesium oxide</i>	188
<i>lomustine</i>	38	<i>magnesium sulfate</i>	139
LONSURF	38	MAGNESIUM SULFATE	139
<i>loperamide hydrochloride</i>	123, 187	<i>malathion</i>	166
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE	187	<i>maraviroc</i>	26
<i>lopinavir/ritonavir</i>	28	<i>marlissa</i>	107
<i>loratadine</i>	187	MARPLAN	70
<i>loratadine childrens</i>	187	MATULANE	41
<i>loratadine-d 12hr</i>	188	<i>matzim la</i>	61
<i>loratadine-d 24hr</i>	188	MAVYRET	30
<i>lorazepam</i>	66, 67	M-CLEAR WC	188
<i>lorazepam intensol</i>	66	<i>meclizine</i>	119
LORBRENA	46	<i>meclizine hcl</i>	119
<i>loryna</i>	107	<i>meclizine hydrochloride</i>	119, 188
<i>losartan potassium</i>	55	<i>medi-paste pomada</i>	188
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	107, 117
LOTEMAX	149	<i>mefloquine hydrochloride</i>	25
LOTEMAX SM	149	<i>megestrol acetate</i>	40, 117
<i>loteprednol etabonate</i>	149	MEKINIST	47
<i>lovastatin</i>	57	MEKTOVI	47
<i>low-ogestrel</i>	107	<i>melatonin</i>	188
<i>loxapine</i>	77	<i>meleya</i>	107
<i>lo-zumandimine</i>	107	<i>meloxicam</i>	15
<i>lubiprostone</i>	123	<i>memantine hcl paquete de ajuste de la dosis</i>	67
<i>lubricant eye</i>	188	<i>memantine hydrochloride</i>	67
<i>lubricant eye drops</i>	188	<i>memantine hydrochloride er</i>	67
<i>lubricant eye drops/dual-action</i>	188	MENQUADFI	136
<i>lubricating eye drops</i>	188	MENVEO	136
<i>luizza 1.5/30</i>	107	<i>mercaptopurine</i>	38
<i>luizza 1/20</i>	107	<i>meropenem</i>	21
LUMAKRAS	46	<i>mesalamine</i>	121
LUMIGAN	150	<i>mesalamine dr</i>	121
LUPRON DEPOT	40	<i>mesna</i>	41
LUPRON DEPOT-PED	115	<i>metformin hydrochloride</i>	98
<i>lurasidone hydrochloride</i>	77	<i>metformin hydrochloride er</i>	98
<i>luteria</i>	107	<i>methadone hcl</i>	16
<i>lyleq</i>	107	<i>methadone hydrochloride</i>	16, 17
<i>lyllana</i>	112	<i>methazolamide</i>	63
LYNPARZA	46	<i>methenamine hippurate</i>	21
LYSODREN	40	<i>methenamine mandelate</i>	21
LYTGOBI	47	<i>methergine</i>	115
<i>lyza</i>	107	<i>methimazole</i>	118
		<i>methotrexate</i>	39

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>methotrexate sodium</i>	38, 39, 133	<i>minoxidil</i>	64
<i>methoxsalen</i>	161	<i>mirtazapine</i>	70
<i>methscopolamine bromide</i>	120	<i>mirtazapine tabs. bucodispersables</i>	70
<i>methsuximide</i>	84	<i>misoprostol</i>	123
<i>methylergonovine maleate</i>	115	M-M-R II	136
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	89	M-NATAL PLUS	141
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	88, 89	<i>modafinil</i>	93
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER	89	MODEYSO.....	41
<i>methylprednisolone</i>	113	<i>moexipril hydrochloride</i>	53
<i>methylprednisolone acetate</i>	113	<i>molindone hydrochloride</i>	77
<i>methylprednisolone paq. de dosis</i>	113	<i>mometasone furoate</i>	157, 164
<i>methylprednisolone sodium succinate</i>	113	<i>mondoxyne nl</i>	37
<i>methyltestosterone</i>	94	<i>mono-lynyah</i>	108
<i>metoclopramide hcl</i>	119	<i>montelukast sodium</i>	155
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	119	<i>morphine</i>	18
<i>metoclopramide tabs. bucodispersables</i>	119	<i>morphine sulfate</i>	18
<i>metolazone</i>	63	MORPHINE SULFATE.....	18
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	58	<i>morphine sulfate er</i>	17
<i>metoprolol succinate er</i>	59	MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE.....	17
<i>metoprolol tartrate</i>	59	MOUNJARO	99
<i>metronidazole</i>	21, 165	MOVANTIK	123
<i>metronidazole vaginal</i>	126	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	35, 147
<i>metyrosine</i>	64	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	35
<i>mibelas 24 fe</i>	107	MRESVIA.....	136
<i>micafungin</i>	24	<i>mucinex fast-max congestion & headache maximum strength</i>	189
<i>miconazole</i>	189	<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain maximum strength</i>	189
<i>miconazole 1 kit</i>	188	<i>mucus dm</i>	189
<i>miconazole 3</i>	126, 189	MULTAQ	56
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	188	MULTI COMPLETE	189
MICONAZOLE 7	189	MULTIPLE VITAMINS/IRON	190
<i>miconazole nitrate</i>	189	MULTI-VITAMIN	190
<i>microgestin 1.5/30</i>	107	MULTIVITAMIN CHILDRENS.....	190
<i>microgestin 1/20</i>	108	<i>multi vitamin/fluoride</i>	141
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	108	<i>multivitamin/fluoride</i>	141
<i>microgestin fe 1/20</i>	108	<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	141
<i>midodrine hydrochloride</i>	64	MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON	191
MIEBO.....	151	MULTIVITAMIN PLUS IRON CHILDRENS	190
<i>mifepristone</i>	116	<i>multivitamins</i>	191
<i>miglitol</i>	98	MULTI-VITAMINS/IRON.....	191
<i>mili</i>	108	MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER	190
<i>milk of magnesia</i>	189	<i>mupirocin</i>	159
<i>mimvey</i>	112	<i>mycamine</i>	24
MINERAL OIL HEAVY.....	189	<i>mycophenolate mofetil</i>	134
MINERAL OIL LIGHT	189	<i>mycophenolic acid dr</i>	134
<i>minerin crème</i>	189	MYRBETRIQ	126
<i>minocycline hcl</i>	37		
<i>minocycline hydrochloride</i>	37		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
N		NICOTROL NS	94
<i>nabumetone</i>	16	<i>nifedipine er</i>	61
<i>nadolol</i>	59	<i>nikki</i>	108
<i>nafcillin sodium</i>	36	<i>nilotinib</i>	47
<i>naloxone hcl</i>	94	NILOTINIB	47
<i>naloxone hydrochloride</i>	94, 191	<i>nilutamide</i>	40
NAMZARIC	67	NINLARO	47
<i>naproxen</i>	16	<i>nisoldipine er</i>	61
<i>naproxen dr</i>	16	<i>nitazoxanide</i>	21
<i>naproxen sodium</i>	16, 191	<i>nitisinona</i>	116
<i>naratriptan</i>	90	NITRO-BID	64
<i>nasal mist</i>	191	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	21
<i>nateglinide</i>	99	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	21
<i>natrapel</i>	192	<i>nitroglycerin</i>	65, 165
<i>natural fiber</i>	192	NITROGLYCERIN	65
NAYZILAM	84	<i>nitroglycerin parche transdérmico</i>	65
<i>nebivolol hydrochloride</i>	59	<i>nitroglycerin translingual</i>	65
<i>necon 0.5/35-28</i>	108	NIVA-PLUS	141
<i>nefazodone hydrochloride</i>	70	<i>nizatidine</i>	121
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	148	NORA-BE	108
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	146	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	108
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	146	<i>norethindrone</i>	108
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	148	<i>norethindrone acetate</i>	117
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	152	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	108, 112
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	146, 152	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	108
<i>neomycin sulfate</i>	21	<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	108
NEONATAL PLUS	141	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	108
<i>neo-polycin</i>	148	NORITATE	165
<i>neo-polycin hc</i>	146	<i>norlyroc</i>	108
NERLYNX	47	NORPACE CR	56
NEUDEXTA	91	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	108
<i>nevirapine</i>	26	<i>nortrel 1/35</i>	109
<i>nevirapine er</i>	26	<i>nortrel 7/7/7</i>	109
NEXLETOL	57	<i>nortriptyline hcl</i>	70
NEXLIZET	58	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	70
NEXPLANON	108	NORVIR	26
<i>niacin</i>	58, 192	NOVOLIN 70/30	96
<i>niacin er</i>	58	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	96
<i>niacin timed release</i>	192	NOVOLIN N	96
<i>niacin tr</i>	192	NOVOLIN N FLEXPEN	96
NIACIN TR	192	NOVOLIN R	96
<i>niacro</i>	58	NOVOLIN R FLEXPEN	96
<i>nicardipine hcl</i>	61	NOVOLOG	97
<i>nicotine</i>	192	NOVOLOG FLEXPEN	96
<i>nicotine polacrilex</i>	192	NOVOLOG FLEXPEN RELION	96
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM KIT	192	NOVOLOG MIX 70/30	96
<i>nicotine transdermal system patch</i>	192		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	96	<i>ondansetron bucodispersables</i>	119
NOVOLOG PENFILL	96	<i>ondansetron hcl</i>	119
NOVOLOG RELION	97	<i>ondansetron hydrochloride</i>	119
NUBEQA	40	ONETOUCH ULTRA CONTROL	193
NULOJIX	134	ONETOUCH VERIO LEVEL 4 CONTROL	193
NUPLAZID	77	ONUREG	39
NURTEC	90	OPILL	193
NUTRILIPID	145	OPIPZA	77
NUZYRA	38	OPSUMIT	65
<i>nyamyc</i>	160	OPTIONS GYNOL II VAGINAL	
<i>nylia 1/35</i>	109	CONTRACEPTIVE	193
<i>nylia 7/7/7</i>	109	<i>oralone pasta dental</i>	167
<i>nystatin</i>	24, 160, 167	ORGOVYX	40
<i>nystop</i>	160	ORKAMBI	156
O		<i>orquidea</i>	109
OCTAGAM	133	ORSERDU	40
<i>octreotide acetate</i>	116	<i>orsythia</i>	109
ODEFSEY	29	<i>oseltamivir phosphate</i>	30, 31
ODMZO	47	OSPOMYV	100
OFEV	155	<i>oxacillin sodium</i>	36
<i>off active</i>	192	<i>oxaprozin</i>	16
<i>off deep woods dry</i>	192	<i>oxazepam</i>	67
<i>off deep woods sportsmen</i>	192	<i>oxcarbazepine</i>	84
<i>off familycare clean feel</i>	192	<i>oxybutynin chloride</i>	126
<i>off smooth & dry</i>	192	<i>oxybutynin chloride er</i>	126
<i>ofloxacin</i>	148, 152	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	19
OGSIVEO	47	<i>oxycodone hcl</i>	18
OJEMDA	47	<i>oxycodone hydrochloride</i>	18, 19
OJJAARA	47	<i>oxymetazoline hydrochloride</i>	193
<i>olanzapine</i>	77	OYSTER SHELL CALCIUM/D	193
<i>olanzapine tabs. bucodispersables</i>	77	OZEMPIC	99
OLIVE OIL	192	P	
<i>olmesartan medoxomil</i>	55	<i>pacerone</i>	56
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/</i>		<i>paladin</i>	193
<i>hydrochlorothiazide</i>	54	<i>paliperidone er</i>	78
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>pamidronate disodium</i>	100
<i>olopatadine hcl</i>	154	PAMIDRONATE DISODIUM	100
<i>olopatadine hydrochloride</i>	192	PANRETIN	166
<i>omega 3</i>	193	<i>pantoprazole sodium</i>	125
<i>omega-3</i>	193	<i>paricalcitol</i>	118
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	58	<i>paroxetine hcl</i>	71
<i>omega-3 fish oil</i>	193	<i>paroxetine hcl er</i>	70, 71
<i>omeprazole</i>	125, 193	<i>paroxetine hydrochloride</i>	71
<i>omeprazole dr</i>	124, 193	<i>pataday extra strength</i>	193
<i>omeprazole magnesium</i>	193	PAXLOVID	31
ONCASPAR	41	PAZOPANIB	48

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>pazopanib hydrochloride</i>	48	<i>pimtrex</i>	109
PCCA SORBITOL LOLLIPOP BASE EN		<i>pindolol</i>	59
ESCAMAS	193	<i>pink bismuth</i>	194
PEDIA-LAX	193	<i>pink bismuth maximum strength</i>	194
PEDIARIX	136	<i>pinworm</i>	194
PEDVAX HIB	136	<i>pinxav</i>	194
<i>peg-3350/electrolytes</i>	122	<i>pioglitazone hcl</i>	99
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	122	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	99
PEGASYS	31	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	99
PEMAZYRE	48	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	99
PENBRAYA	136	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	37
<i>penicillamine</i>	101	PIQRAY 200 MG DAILY DOSE	48
<i>penicillin g potassium</i>	36	PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA	48
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC		PIQRAY 300 MG	48
DEXTROSE	36	<i>pirfenidone</i>	156
<i>penicillin g sodium</i>	37	<i>piroxicam</i>	16
<i>penicillin v potassium</i>	37	PLENVU	122
PENMENVY	136	PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN	142
PENTACEL	136	<i>podofilox</i>	166
<i>pentamidine isethionate</i>	21	<i>polycin pomada</i>	148
<i>pentoxifylline er</i>	129	<i>polyethylene glycol 3350</i>	194
<i>perampanel</i>	84	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	148
<i>perindopril erbumine</i>	53	<i>polysaccharide-iron</i>	194
<i>periogard</i>	167	<i>polyvinyl alcohol</i>	194
<i>permethrin</i>	166	POLY-VI-SOL	194
<i>perphenazine</i>	78	POMALYST	41
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	71	<i>portia-28</i>	109
PETROLATUM POMADA	193	<i>posaconazole</i>	24
<i>phenazopyridine hydrochloride</i>	194	<i>posaconazole dr</i>	24
PHENAZOPYRIDINE HYDROCHLORIDE	194	<i>potassium chloride</i>	140, 142
<i>phenelzine sulfate</i>	71	POTASSIUM CHLORIDE	139
<i>phenobarbital</i>	84	POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE	139
<i>phenobarbital sodium</i>	84	POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM	
<i>phenytek</i>	84	CHLORIDE	139
<i>phenytoin</i>	84	<i>potassium chloride er</i>	142
<i>phenytoin sodium</i>	84	<i>potassium chloride/sodium chloride</i>	139
<i>phenytoin sodium extended</i>	84	POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE	139
<i>philith</i>	109	<i>potassium citrate er</i>	125
PHOSPHOLINE IODIDE	150	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	73
PHOSPHOROUS	194	<i>pramoxine hcl</i>	194
PHOSPHO-TRIN K500	194	<i>prasugrel hydrochloride</i>	130
<i>phytonadione</i>	194	<i>pravastatin sodium</i>	57
PIFELTRO	26	<i>praziquantel</i>	22
<i>pilocarpine hcl</i>	150	<i>prazosin hydrochloride</i>	53
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	150, 167	<i>prednisolone</i>	114
<i>pimecrolimus</i>	166	<i>prednisolone acetate</i>	149
<i>pimozide</i>	78	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	113

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	149	<i>proctosol hc</i>	166
<i>prednisone</i>	114	<i>proctozone-hc</i>	166
PREDNISONA INTENSOL.....	114	<i>prodigy solución de control baja</i>	196
<i>prednisone tableta paq. de tratamiento</i>	114	<i>progesterone</i>	117
<i>pregabalin</i>	84, 85	PROGRAF.....	135
<i>pregabalin er</i>	91	PROLASTIN-C.....	156
PREGABLIN.....	84	<i>promethazine hcl</i>	119, 120
PREMARIN.....	112	<i>promethazine hydrochloride</i>	120
PREMASOL.....	145	<i>promethegan</i>	120
PREMPRO.....	113	<i>propafenone hcl</i>	56
PRENATABS FA.....	194	<i>propafenone hydrochloride</i>	56
PRENATABS RX.....	195	<i>propafenone hydrochloride er</i>	56
PRENATAL.....	142, 195	<i>proparacaine hcl</i>	151
PRENATAL 19.....	195	<i>propranolol hcl</i>	59
PRENATAL PLUS VITAMIN AND MINERAL.....	142	<i>propranolol hydrochloride</i>	59, 60
PRENATAL-U.....	195	<i>propranolol hydrochloride er</i>	59
PRESERVATIVOS.....	175	<i>propylthiouracil</i>	118
<i>prestige glucose control</i>	195	PROQUAD.....	136
PRETOMANID.....	29	<i>protriptyline hcl</i>	71
<i>prevalite</i>	58	<i>provella</i>	196
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT.....	167	<i>pseudoephedrine hydrochloride</i>	196
PREVYMIS.....	31	<i>pseudoephedrine hydrochloride er maximum strength</i>	196
PREZCOBIX.....	29	<i>psyllium fiber</i>	196
PREZISTA.....	26, 27	PULMOZYME.....	156
PRIFTIN.....	29	PURIXAN.....	39
<i>primadophilus bifidus de liberación retardada</i>	195	PYCHIVA.....	131
<i>primadophilus kids</i>	195	<i>pyrazinamide</i>	29
<i>primaquine phosphate</i>	25	<i>pyridostigmine bromide</i>	91
<i>primidone</i>	85	<i>pyridostigmine bromide er</i>	91
PRIORIX.....	136	<i>pyrimethamine</i>	22
PRIVIGEN.....	133	PYZCHIVA.....	131
<i>probenecid</i>	14		
<i>probenecid/colchicine</i>	14	Q	
<i>probiotic</i>	195, 196	<i>qc pink bismuth</i>	196
<i>probiotic + immune</i>	195	<i>qc psyllium fiber</i>	196
<i>probiotic acidophilus</i>	195	QINLOCK.....	48
<i>probiotic chocolate bears childrens</i>	195	QUADRACEL.....	136
<i>probiotic digestive support extra strength</i>	196	<i>quetiapine fumarate</i>	78
<i>probiotic formula</i>	196	<i>quetiapine fumarate er</i>	78
<i>probiotic gummies</i>	196	<i>quinapril hydrochloride</i>	53
<i>probiotic multi-enzyme</i>	196	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	52
<i>prochlorperazine</i>	119	<i>quinidine sulfate</i>	56
<i>prochlorperazine edisylate</i>	119	<i>quinine sulfate</i>	25
<i>prochlorperazine maleate</i>	119	QULIPTA.....	90
PROCRIT.....	129		
<i>proctocort</i>	166	R	
<i>procto-med hc</i>	166	RABAVERT.....	137

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>rabeprazole sodium</i>	125	<i>rimantadine</i>	31
RALDESY.....	71	RINGERS INYECCIÓN.....	140
<i>raloxifene hydrochloride</i>	116	RINVOQ.....	131
<i>ramipril</i>	53	RINVOQ LQ.....	131
<i>ranger ready repellent</i>	196	<i>risa-bid probiotic</i>	197
<i>ranolazine er</i>	64	<i>risedronate sodium</i>	100, 101
<i>ra probiotic gummies</i>	196	<i>risedronate sodium dr</i>	100
<i>rasagiline mesylate</i>	73	<i>risperidone</i>	79
RASPBERRY JARABE.....	196	<i>risperidone er</i>	78
<i>reclipsen</i>	109	<i>risperidone tabs. bucodispersables</i>	78
RECOMBIVAX HB.....	137	<i>ritonavir</i>	27
<i>redness reliever eye drops</i>	196	<i>rivaroxaban</i>	128
REFRESH.....	197	<i>rivastigmine tartrate</i>	67
REFRESH DIGITAL.....	197	<i>rivastigmine transdermal</i>	67
<i>refresh optive</i>	197	<i>rizatriptan benzoate</i>	90
REFRESH OPTIVE.....	197	<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i>	90
REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	197	ROCKLATAN.....	150
REFRESH OPTIVE PRESERVATIVE FREE.....	197	<i>roflumilast</i>	156
<i>refresh relieve</i>	197	<i>romidepsin</i>	48
REFRESH RELIEVA PF.....	197	ROMVIMZA.....	48
REFRESH RELIEVA PF XTRA.....	197	<i>ropinirole er</i>	73
REFRESH TEARS PF.....	197	<i>ropinirole hcl</i>	73
RELENZA DISKHALER.....	31	<i>ropinirole hydrochloride</i>	73
<i>repaglinide</i>	99	<i>rosuvastatin calcium</i>	57
REPATHA PUSHTRONEX.....	58	<i>rosyrah</i>	109
REPATHA SURECLICK.....	58	ROTARIX.....	137
REPATHAT.....	58	ROTATEQ.....	137
<i>repel family</i>	197	<i>roweepra</i>	85
<i>repel sportsmen dry</i>	197	ROZLYTREK.....	48
<i>repel sportsmen max</i>	197	ROZYL TREK.....	48
RESTASIS.....	151	RUBRACA.....	49
RESTASIS MULTIDOSE.....	151	<i>rufinamide</i>	85
RETEVMO.....	48	RUKOBIA.....	27
REVCovi.....	116	RYBELSUS.....	99
REVUFORJ.....	48	RYDAPT.....	49
REXTOVY.....	94	S	
REXULTI.....	78	<i>saccharomyces boulardii</i>	197
REYATAZ.....	27	<i>saccharomycin df</i>	197
REZDIFFRA.....	116	<i>sacubitril/valsartan</i>	54
REZLIDHIA.....	48	<i>sajazir</i>	129
REZUROCK.....	135	<i>saline aerosol nasal infants/childrens</i>	197
RHOPRESSA.....	150	<i>saline gel nasal</i>	197
<i>ribavirin</i>	31	SANTYL.....	166
<i>rifabutin</i>	29	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	116
<i>rifampin</i>	29	<i>sawyer insect repellent</i>	198
<i>rightest gc300 control normal</i>	197	<i>sawyer premium insect repellent</i>	198
<i>riluzole</i>	92		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>scalpicin</i>	198	SODIUM CHLORIDE.....	140
SCSEMBLIX	49	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	166
<i>scopolamine parche</i>	120	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	140
SECUADO.....	79	<i>sodium fluoride</i>	142
<i>selegiline hcl</i>	73, 74	SODIUM FLUORIDE	199
<i>selenium sulfide</i>	161	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	168
SELZENTRY	27	SODIUM FLUORIDE 5000 PPM SENSITIVE.....	168
<i>seni care crema para el cuerpo</i>	198	<i>sodium fluoride 5000 ppm sequedad bucal</i>	167
<i>senna</i>	198	SODIUM FLUORIDE/POTASSIUM NITRATE/ SENSITIVE	168
<i>senna smooth</i>	198	SODIUM OXYBATE	93
<i>sennosides/docusate sodium</i>	198	<i>sodium phenylbutyrate</i>	116
<i>sensi-care crema hidratante</i>	198	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	101
SEREVENT DISKUS.....	155	SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/ MAGNESIUM SULFATE.....	122
<i>sertraline hcl</i>	71	<i>solifenacin succinate</i>	126
<i>sertraline hydrochloride</i>	71	SOLQUA 100/33	97
SESAME OIL	198	SOLTAMOX	40
<i>setlakin</i>	109	SOLU-CORTEF.....	114
<i>sf 167</i>		<i>solus v2 control bajo</i>	199
<i>sharobel</i>	109	SOMATULINE DEPOT	116
SHINGRIX	137	SOMAVERT	116
SIGNIFOR	116	<i>soothe hydration</i>	199
SIKLOS.....	129, 130	<i>soothe xp</i>	199
<i>sildenafil</i>	65	<i>soothe xp/xtra protection</i>	199
<i>sildenafil citrate</i>	65	<i>sorafenib tosylate</i>	49
<i>silodosin</i>	125	<i>sorbidon hydrate</i>	199
<i>silver sulfadiazine</i>	159	SORBITOL	199
SIMBRINZA.....	150	<i>sotalol hcl</i>	56
<i>simethicone</i>	198	<i>sotalol hydrochloride</i>	56
<i>simliya</i>	109	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	56
<i>simpesse</i>	109	SOTYKTU	132
SIMPLE JARABE	198	SPIRIVA RESPIMAT	153
<i>simvastatin</i>	57	<i>spironolactone</i>	53
<i>sirolimus</i>	135	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	63
SIRTURO.....	29	<i>sprintec 28</i>	109
SIVEXTRO.....	22	SPRITAM.....	85
SKYRIZI.....	131	<i>sps combinación</i>	102
SKYRIZI PEN	131	<i>sronyx</i>	109
<i>sleep aid</i>	198	SSD	159
<i>sleep-aid</i>	198	<i>stablegi</i>	199
<i>smarty pants kids probiotic complete</i>	199	STELARA.....	132
SM FOAMING ANTACID.....	198	STEVIA.....	199
<i>sm probiotic</i>	198	STEVIOL.....	199
SM SLOW RELEASE IRON	198	STEVIOSIDE	200
<i>sodium bicarbonate</i>	140, 199	STIVARGA.....	49
SODIUM BICARBONATE.....	140	<i>streptomycin sulfate</i>	22
<i>sodium bicarbonate polvo</i>	199		
<i>sodium chloride</i>	140, 199		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
STRIBILD.....	29	<i>tadalafil</i>	65, 125
<i>stye solución</i>	200	TAFINLAR	49
<i>subvenite</i>	85	TAGRISSO	49
SUBVENITE	85	<i>tai doc solución de control</i>	200
<i>subvenite starter kit/blue</i>	85	TALZENNA.....	49
<i>subvenite starter kit/green</i>	85	<i>tamoxifen citrate</i>	40
<i>subvenite starter kit/orange</i>	85	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	125
<i>sucalfate</i>	123	<i>tarina 24 fe</i>	110
<i>sulfacetamide sodium</i>	148, 159	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	110
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>		<i>tasimelteon</i>	89
<i>phosphate</i>	147	TAVNEOS.....	130
<i>sulfadiazine</i>	22	<i>tazarotene</i>	161
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	22	<i>tazicef</i>	34
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	22	TAZVERIK.....	49
SULFAMYLON	159	TECVAYLI	49
<i>sulfasalazine</i>	121	TEFLARO.....	34
<i>sulindac</i>	16	<i>telmisartan</i>	55
<i>sumatriptan</i>	90	<i>telmisartan/amlodipine</i>	54
<i>sumatriptan succinate</i>	90	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>sumatriptan succinate resurtido</i>	90	<i>temazepam</i>	89
<i>sunitinib</i>	49	TENIVAC	137
SUNLENCA	27	<i>tenofir disoprixil fumarate</i>	27
SUNLENCA PAQUETE DE TRATAMIENTO		TEPMETKO	49
TABLETA.....	27	<i>terazosin</i>	53
SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL ...	122	<i>terazosin hydrochloride</i>	53
SUSPENSION VEHICLE SUSPENSIÓN	200	<i>terbinafine hcl</i>	24
SUSP. ORAL.....	193	<i>terbinafine hydrochloride</i>	200
SUTAB.....	122	<i>terbutaline sulfate</i>	155
<i>sween crema hidratante para el cuerpo</i>	200	<i>terconazole</i>	126
<i>syeda</i>	109	<i>teriflunomide</i>	92
SYMLINPEN 60.....	99	<i>teriparatide</i>	101
SYMLINPEN 120.....	99	<i>testosterone</i>	95
SYMPAZAN	85	<i>testosterone cypionate</i>	94
SYMTUZA	29	<i>testosterone enanthate</i>	94
SYNAREL	116	<i>testosterone pump</i>	94
SYNTHROID	118	<i>tetrabenazine</i>	92
SYRSPEND SF	200	<i>tetracycline hydrochloride</i>	38
SYRUP VEHICLE	200	THALOMID	41
SYRUP VEHICLE SF	200	<i>theophylline</i>	156
<i>systane complete</i>	200	<i>theophylline er</i>	156
<i>systane contacts gotas calmantes</i>	200	<i>thera-gesic plus</i>	200
SYSTANE GEL	200	<i>thioridazine hydrochloride</i>	79
T		<i>thiothixene</i>	79
TABLOID	39	<i>tiadylt er</i>	61
TABRECTA	49	<i>tiagabine hydrochloride</i>	85
<i>tacrolimus</i>	135, 166	TIBSOSVO	49
		<i>ticagrelor</i>	130

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TICOVAC	137	<i>tretinoin</i>	41, 159
<i>tigecycline</i>	38	<i>triamcinolone acetonide</i>	114, 164, 200
<i>tilia fe</i>	110	<i>triamcinolone acetonide pasta dental</i>	168
<i>timolol maleate</i>	60, 150	TRIAMINIC FEVER REDUCER PAIN RELIEVER	
<i>tinidazole</i>	22	INFANTS	200
TIVICAY	27	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	63
TIVICAY PD	27	<i>triazolam</i>	89
<i>tizanidine hcl</i>	93	<i>tri-buffered aspirin</i>	201
<i>tizanidine hydrochloride</i>	93	<i>tridacaine</i>	164
TOBI PODHALER	22	<i>tridacaine ii</i>	164
TOBRADEX	147	<i>trientine hydrochloride</i>	102
TOBRADEX ST	147	<i>tri-estarylla</i>	110
<i>tobramycin</i>	22, 148	<i>trifluoperazine hcl</i>	79
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	147	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	79
<i>tobramycin sulfate</i>	22	<i>trifluridine</i>	148
TODAY SPONGE	200	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	74
<i>tolnaftate</i>	200	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	74
<i>tolterodine tartrate</i>	126	TRIJARDY XR	99
<i>tolterodine tartrate er</i>	126	TRIKAFTA PAQUETE DE TRATAMIENTO	156
<i>tolvaptan</i>	116	TRIKAFTA TABLETA PAQUETE DE	
<i>topiramate</i>	86	TRATAMIENTO	156
<i>topiramate er</i>	86	<i>tri-legest fe</i>	110
<i>toremifene citrate</i>	40	<i>tri-linyah</i>	110
<i>torpenz</i>	49	<i>tri-lo-estarylla</i>	110
<i>torseamide</i>	63	<i>tri-lo-marzia</i>	110
TOUJEO MAX SOLOSTAR	97	<i>tri-lo-mili</i>	110
TOUJEO SOLOSTART	97	<i>tri-lo-sprintec</i>	110
TPN ELECTROLYTES	140	<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	120
TRADJENTA	99	<i>trimethoprim</i>	22
<i>tramadol</i>	17	<i>tri-mili</i>	110
<i>tramadol hydrochloride</i>	19	<i>trimipramine maleate</i>	71, 72
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	19	TRINATE	201
<i>tramadol hydrochloride er</i>	17	TRINTELLIX	72
<i>trandolapril</i>	53	<i>triple antibiotic plus pain reliever maximum strength</i>	201
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	52	<i>triple probiotic</i>	201
<i>tranexamic acid</i>	130	<i>triprolidine hci</i>	201
<i>tranexamic acid/sodium chloride</i>	130	<i>triprolidine hydrochloride</i>	201
<i>tranlycypromine sulfate</i>	71	<i>tri-sprintec</i>	110
TRAVASOL	146	TRIUMEQ	29
<i>travoprost</i>	151	TRIUMEQ PD	29
<i>trazodone hydrochloride</i>	71	TRI-VI-SOL A/C/D	201
TRECTOR	30	<i>tri-vite/fluoride</i>	142
TRELEGY ELLIPTA	152	TRI-VITE/FLUORIDE	201
TREMFYA	132	<i>tri-vylibra</i>	110
TREMFYA PAQ. DE INDUCCIÓN PARA		<i>tri-vylibra lo</i>	110
ENFERMEDAD DE CROHN/COLITIS		TROGARZO	27
ULCEROSA	132	<i>trosipium chloride</i>	126

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>trospium chloride er</i>	126	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	31
<i>trubiotics digestive + immune health</i>	201	<i>valproate sodium</i>	86
<i>trubiotics kids</i>	201	<i>valproic acid</i>	86
<i>truetrack glucose control bajo</i>	201	<i>valsartan</i>	55
TRULICITY.....	100	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	54
TRUMENBA.....	137	VALTOCO 5 MG DOSE.....	86
TRUQAP.....	50	VALTOCO 10 MG DOSE.....	86
TRUQAP PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA.....	50	VALTOCO 15 MG DOSE.....	86
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE.....	201	VALTOCO 20 MG DOSE.....	86
TRUSTEX NON-LUBRICATED.....	201	<i>valtya 1/35</i>	110
TRUXIMA.....	50	<i>valtya 1/50</i>	110
TUKYSA.....	50	<i>vancomycin</i>	23
TURALIO.....	50	<i>vancomycin hcl</i>	23
<i>turqoz</i>	110	<i>vancomycin hydrochloride</i>	23
TUSNEL C.....	201	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE.....	23
<i>tussin cough</i>	201	VANFLYTA.....	50
<i>tussin cough long-acting</i>	201	VAQTA.....	137
<i>tussin dm max</i>	202	<i>varenicline mensual inicial</i>	94
TWINRIX.....	137	<i>varenicline tartrate</i>	94
TYBOST.....	27	VARIVAX.....	137
<i>tydemy</i>	110	VASCEPA.....	58
TYENNE.....	132	<i>vaseline constant care crema</i>	202
TYPHIM VI.....	137	VAXCHORA.....	137
TYVASO.....	65	VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL.....	202
TYZAVAN.....	22	VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE PELÍCULA.....	202
U		<i>velivet</i>	110
UBRELVY.....	90	VELSIPITY.....	132
<i>ultrathon insect repellent 8</i>	202	VENCLEXTA.....	50
<i>unistrip solución de control baja</i>	202	VENCLEXTA PAQUETE INICIAL.....	50
<i>unithroid</i>	118	VENLAFAXINE BESYLATE ER.....	72
<i>up4 probiotics</i>	202	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	72
<i>up4 probiotics kids cubes</i>	202	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	72
UPTRAVI.....	66	VEOZAH.....	116
UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS.....	66	<i>verapamil hcl</i>	61
UREA.....	202	<i>verapamil hcl er</i>	61
<i>urinary pain relief</i>	202	<i>verapamil hcl sr</i>	61
<i>uristat ultra/cranberry</i>	202	VERAPAMIL HCL SR.....	61
<i>ursodiol</i>	123, 124	<i>verapamil hydrochloride</i>	62
USTEKINUMAB.....	132	<i>verapamil hydrochloride er</i>	62
V		VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR.....	62
VACÍA TAMAÑO 1 AZUL/POLVO AZUL.....	180	VERQUVO.....	64
<i>vagisil</i>	202	VERSACLOZ.....	79
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	31	VERZENIO.....	50
VALCHLOR.....	166	<i>vestura</i>	111
<i>valganciclovir</i>	31	<i>vicks dayquil cold & flu</i>	202
		<i>vienva</i>	111
		<i>vigabatrin</i>	86

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>vigadrone</i>	86	XANTHAN GUM	203
VIGAFYDE	87	<i>xarah fe</i>	111
VIKTRAVI	50	XARELTO	128, 129
<i>vilazodone hydrochloride</i>	72	XARELTO PAQ. INICIAL	128
VIMKUNYA	137	XATMEP	133
<i>viorele</i>	111	XCOPRI	87
VIRACEPT	27	XCOPRI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE TRATAMIENTO	87
VIREAD	27	XCOPRI PAQUETE PARA TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO	87
VITAMIN A/C/D INFANT/TODDLER	202	XCOPRI TABLETA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	87
<i>vitamin b-6</i>	203	XDEMVY	148
<i>vitamin b-12</i>	203	XELJANZ	132
<i>vitamin c</i>	203	XELJANZ XR	132
<i>vitamin d</i>	203	<i>xelria fe</i>	111
<i>vitamin d-3</i>	203	XERMELO	124
<i>vitamin d3</i>	203	XHANCE PARA EXHALADOR	157
<i>vitamin d3 gummies</i>	203	XIFAXAN	124
VITAMINS A/C/D/FLUORIDE	203	XIGDUO XR	100
VITRAKVI	50	XIIDRA	151
VIVITROL	94	XOLAIR	156
VIVOTIF	137	XOSPATA	51
VIZIMPRO	50	XPOVIO	51
<i>volnea</i>	111	XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA	51
VONJO	50	XPOVIO 80 MG DOS VECES POR SEMANA	51
VOQUEZNA DUAL PAQ.	124	XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA	51
VOQUEZNA TRIPLE PAQ.	124	XTANDI	40
VORANIGO	50, 51	<i>xulane</i>	111
<i>voriconazole</i>	24	XULTOPHY	97
VOSEVI	31	Y	
VOWST	124	YESINTEK	133
VRAYLAR	79	YF-VAX	137
<i>vyfemla</i>	111	YONSA	40
<i>vylibra</i>	111	<i>yumvskids probiotic zero</i>	203
VYZULTA	151	<i>yumvs probiotics zero</i>	203
W		<i>yum-yum dophilus</i>	204
<i>warfarin</i>	128	<i>yum-yum dophilus probiotic</i>	203
<i>wart remover maximum strength</i>	203	<i>yuvafem</i>	113
WELIREG	41	Z	
<i>wera</i>	111	<i>zafemy</i>	111
WESTAB PLUS	142	<i>zafirlukast</i>	155
WINREVAIR	66	<i>zaleplon</i>	89, 90
<i>wixela inhub</i>	158	ZARXIO	129
<i>wymzya fe</i>	111	ZEGALOGUE	114
WYOST	101		
X			
XALKORI	51		

Nombre del medicamento	Página n.º
ZEJULA.....	51
ZELBORAF.....	51
<i>zelvysia</i>	117
<i>zenatane</i>	159
<i>zenzedi</i>	89
ZERVIAE.....	149
<i>zidovudine</i>	27
<i>zinc oxide</i>	204
<i>ziprasidone hcl</i>	79
<i>ziprasidone mesylate</i>	79
ZIRABEV.....	51
ZIRGAN.....	148
<i>zoledronic acid</i>	101
ZOLEDRONIC ACID.....	101
ZOLINZA.....	51
<i>zolpidem tartrate</i>	90
ZONISADE.....	87
<i>zonisamide</i>	87
<i>zovia 1/35</i>	111
ZTALMY.....	87
<i>zumandimine</i>	111
ZURZUVAE.....	72
ZYDELIG.....	52
ZYKADIA.....	52
ZYLET.....	147
ZYPREXA RELPREVV.....	79

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 مجاناً، 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 ‘oe e ili mai no ke kōkua manuahi me ka unuhi, e kelepona ‘oe 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)

လၢကမၤန့ၢ် ကျိၣ်တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢတလိၣ်လၢၣ်ဘျီလၢၣ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးနီၣ်ဂီၢ် လၢအအိၣ်ဖဲလံာ်တီလံာ်မိအံၤအဖီခိၣ်န့ၣ်တက့ၢ်. (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 04/01/2026. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-844-362-0934**, los usuarios de TTY deben llamar al: **711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, o visite

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

Contrato/PBP: H6399-001



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