

Lista de medicamentos cubiertos 2027 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: 27013, versión 9

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 10/01/2026. 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 estándar 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	6
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>).....	6
B2. ¿Se modifica la <i>Lista de medicamentos</i> en algún momento?.....	6
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	7
B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?.....	8
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?.....	9
B6. ¿Qué sucede si 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).....	9
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	9
B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	10
B9. ¿Qué sucede si soy miembro nuevo de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tengo problemas para obtenerlo?	10
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?.....	11
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	11
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?.....	11
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	11
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	12
B15. ¿Qué son los medicamentos sin receta (OTC)?	12

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este, los 7 días 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?	12
B17. ¿Puedo obtener mis medicamentos a través de pedidos por correo/suministro a largo plazo?.....	12
B18. ¿Cuál es mi copago?.....	13
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	14
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento	15
D. Índice de medicamentos cubiertos	188



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este, los 7 días 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.

Notice of Availability (NOA)

TTY: 711

To access language assistance services and appropriate auxiliary aids and services at no cost to you, call **1-844-362-0934**. (English)

የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶችን እና ተገቢ የሆኑ ረዳት መሣሪያዎችንና አገልግሎቶችን ያለ ምንም ክፍያ ለማግኘት፣ በ **1-844-362-0934** ይደውሉ። (Amharic)

للوصول إلى خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات والخدمات المناسبة دون أي تكلفة عليك، اتصل بالرقم **1-844-362-0934** (Arabic)

如欲獲得免費的語言輔助服務以及適當的輔助工具和服務，請致電 **1-844-362-0934**。(Chinese)

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



Pou w jwenn aksè ak sèvis asistans lang ansanm ak èd ak sèvis oksilyè apwopriye san w pa peye anyen, rele **1-844-362-0934**. (French Creole)

Pour accéder aux services d'assistance linguistique et aux aides et services auxiliaires appropriés sans frais à votre charge, appelez le **1-844-362-0934**. (French)

Um Sprachunterstützung sowie geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen kostenlos in Anspruch zu nehmen, rufen Sie bitte folgende Nummer an: **1-844-362-0934**. (German)

તમારા માટે વિના મૂલ્યે ભાષા સહાય સેવાઓ અને યોગ્ય સહાયક સાધનો તથા સેવાઓ મેળવવા માટે, **1-844-362-0934** પર કોલ કરો. (Gujarati)

No ke komo 'ana i nā lawelawe kōkua 'ōlelo a me nā kōkua kōkua kūpono me ka uku 'ole iā 'oe, e kelepona mai **1-844-362-0934**. (Hawaiian)

Kom siv tau cov kev pab cuam txhais lus thiab cov khoom pab kom hnov lus thiab cov kev pab cuam yam tsis sau nqi ntawm koj, hu **1-844-362-0934**. (Hmong)

Contattare telefonicamente per accedere, senza costi aggiuntivi, ai servizi di assistenza linguistica e ad idonei aiuti ausiliari il numero **1-844-362-0934**. (Italian)

言語支援サービスや適切な補助具やサービスを無料で利用するには、**1-844-362-0934**までお電話ください。 (Japanese)

လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်သ့ၣ်ကျိၢ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲးတၢ်မၤတဖၣ်ဒီးတၢ်မၤစၢၤလၢအကဲထီၣ်သ့ၣ်လၢအဖိးမံတဖၣ်ဒီးတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတလိၣ်နဟ့ၣ်အပူၤအဂီၢ်န့ၣ်,ကိးဘၣ် **1-844-362-0934**. (Karen)

ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា និងការគាំទ្រ និងសេវាកម្មបន្ថែមសមរម្យដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-844-362-0934** ។ (Khmer)

언어 지원 서비스와 적절한 보조 지원 및 서비스를 무료로 이용하시려면 **1-844-362-0934** 번으로 전화해 주시기 바랍니다. (Korean)



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

ພື້ອເຂົ້າເຖິງການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ແລະ ອຸປະກອນຊ່ວຍໃນການຟັງ ແລະ ການບໍລິການອື່ນໆ
ໂດຍທ່ານບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ, ໃຫ້ໂທຫາ **1-844-362-0934**. (Lao)

Tajaajilawwan gargaarsa afaanii fi tajaajilawwan gargaarsaa dabalataa mijaawaa
ta'an kaffaltii tokko malee argachuuf, bilbilaa **1-844-362-0934**. (Oromo)

برای دسترسی رایگان به خدمات کمک زبانی و وسایل و خدمات کمکی مناسب، با شماره
1-844-362-0934 تماس بگیرید (Persian).

Aby skorzystać z usług pomocy językowej oraz odpowiednich środków
pomocniczych i usług bez ponoszenia żadnych kosztów, zadzwoń pod
numer **1-844-362-0934**. (Polish)

Para acceder, sem custos para si, a serviços de assistência linguística e a auxílios
e serviços de apoio adequados, ligue para **1-844-362-0934**. (Portuguese)

Чтобы бесплатно воспользоваться услугами языковой поддержки, а также
соответствующими вспомогательными средствами и услугами, позвоните
по номеру телефона **1-844-362-0934**. (Russian)

Para tener acceso a los servicios de asistencia en otros idiomas y a las
ayudas y servicios auxiliares adecuados sin costo para usted, llame al
1-844-362-0934. (Spanish)

Upang ma-access ang mga serbisyo sa tulong sa wika at mga angkop na
pantulong na kagamitan at serbisyo nang hindi ka gagastos, tawagan ang
1-844-362-0934. (Tagalog)

หากต้องการเข้าถึงบริการช่วยเหลือด้านภาษาและอุปกรณ์ช่วยเหลืออื่น ๆ ที่เหมาะสมโดยไม่
เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อ **1-844-362-0934** (Thai)

Để tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, công cụ hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ
phù hợp miễn phí dành cho quý vị, hãy gọi **1-844-362-0934**. (Vietnamese)

H6399_2026_V2

NOA-Medicare Fillable-1557 -1 (09-26)

- ❖ 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 estándar 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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.AetnaMedicare.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 estándar del este, 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**. 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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.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:

- **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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.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**. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción 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 188. 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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/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 estándar del este, los 7 días 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 31 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 dar recetas que respalde su solicitud de una excepción, le informaremos nuestra decisión en el plazo de 72 horas.

Para presentar una declaración, usted o la persona autorizada a dar recetas puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00p. m., hora estándar 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 apoya su solicitud, le daremos una decisión en las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.AetnaMedicare.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 sin receta (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 estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**

B18. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de Aetna Medicare 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*.

- Nivel 1: Genérico preferido, \$0.
- Nivel 2: Genérico, \$0.
- Nivel 3: Marca preferida, \$0.
- Nivel 4: Marca no preferida, \$0.
- Nivel 5: Especialidad, \$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 estándar del este, los 7 días 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, basada en criterios específicos, 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.
NDS: Suministro no extendido. No disponible para un suministro extendido (a largo plazo).
*: Medicamentos que no pertenezcan a la Parte D o medicamentos sin receta (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.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este, los 7 días 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	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	--	---

ANALGÉSICOS

GOTA

<i>allopurinol</i> tableta 100 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>colchicine</i> tableta 0.6 mg	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>febuxostat</i> tableta 40 mg, 80 mg	\$0 para el Nivel 4	ST MO
<i>probenecid/colchicine</i> tableta 0.5 mg; 500 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>probenecid</i> tableta 500 mg	\$0 para el Nivel 4	MO

VARIOS

JOURNAVX TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (29 EA por 14 días) PA
<i>lidocaine hcl</i> preservative free local inyección 0.5 %, 1.5 %, 4 %	\$0 para el Nivel 4	
<i>lidocaine hydrochloride</i> inyección 1 % preservative free, 100 mg/5 ml, 2 %	\$0 para el Nivel 4	
<i>lidocaine hydrochloride</i> inyección al 1 %	\$0 para el Nivel 4	MO

NSAID (AINE) – ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

<i>celecoxib</i> cápsula 400 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>celecoxib</i> cápsula 100 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac potassium</i> tableta 50 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium</i> dr tableta de liberación retardada 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/NJDSNP-drug-formulary)



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tableta de liberación retardada 50 mg; 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tableta de liberación retardada 75 mg; 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>diflunisal tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tableta de liberación prolongada 24 horas 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac cápsula 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>etodolac cápsula 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tableta 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>flurbiprofen tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ibuprofen suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ibuprofen tableta 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ibu tableta 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ketorolac tromethamine tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (20 EA por 30 días) PA MO
<i>meloxicam tableta 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nabumetone tableta 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>naproxen dr tableta de liberación retardada 375 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>naproxen dr tableta de liberación retardada 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>naproxen sodium tableta 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>naproxen suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
<i>naproxen tableta 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>oxaprozin tableta 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam cápsula 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam cápsula 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sulindac tableta 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN 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 4	QL (4 EA por 28 días) PA MO
<i>fentanyl parche 72 horas 100 µg/h, 12 µg/h, 25 µg/h, 37.5 µg/h, 50 µg/h, 62.5 µg/h, 75 µg/h, 87.5 µg/h</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate er (Hysingla ER genérico) tableta er 24 horas disuasiva de abuso 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>methadone hydrochloride concentrado 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (90 ml por 30 días) PA MO
<i>methadone hydrochloride solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (90 EA por 30 días) MO
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>tramadol hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días); HRM
<i>tramadol hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN CORTA		
<i>acetaminophen/codeine solución 120 mg/5 ml; 12 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (2700 ML por 30 días) MO
<i>acetaminophen/codeine tableta 300 mg; 15 mg, 300 mg; 30 mg, 300 mg; 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate inyección 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>butorphanol tartrate solución nasal 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (5 ML por 30 días) MO
CODEINE SULFATE TABLETA 15 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>endocet tableta 325 mg; 10 mg, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solución 300 mg/15 ml; 10 mg/15 ml, 325 mg/15 ml; 10 mg/15 ml, 325 mg/15 ml; 7.5 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (2700 ML por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs. 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 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tableta 325 mg; 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/acetaminophen tableta 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/ibuprofen tableta 10 mg; 200 mg, 5 mg; 200 mg, 7.5 mg; 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl líquido 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl tableta 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 0.25 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 4	B/D
MORPHINE SULFATE INYECCIÓN 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>morphine sulfate inyección 0.5 mg/ml, 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>morphine sulfate solución oral 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate solución oral 100°mg/5°ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hcl cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride concentrado 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone/acetaminophen tableta 325 mg; 10 mg, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen tableta 325 mg; 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM

ANTIINFECCIOSOS**ANTIINFECCIOSOS: VARIOS**

<i>albendazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>amikacin sulfate inyección 1 g/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
ARIKAYCE SUSPENSIÓN 590 MG/8.4 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
<i>atovaquone suspensión 750 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aztreonam inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
BLUJEPa TABLETA 750 MG	\$0 para el Nivel 3	
CAYSTON SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 75 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
<i>chloramphenicol sodium succinate inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>clindamycin hcl cápsula 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>clindamycin hydrochloride cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solución reconstituida 75 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	
<i>clindamycin phosphate inyección 300 mg/2 ml, 900 mg/6 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>clindamycin phosphate inyección 600 mg/4 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 300 MG/50 ML; 0.9 %, 600 MG/50 ML; 0.9 %, 900 MG/50 ML; 0.9 %	\$0 para el Nivel 4	
<i>colistimethate sodium inyección 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dapsone tableta 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>daptomycin inyección 350 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
EMVERM TABLETA MASTICABLE 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (24 EA por 365 días) MO
<i>ertapenem sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>fosfomycin tromethamine paquete 3 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gentamicin sulfate inyección pediátrica 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride inyección 1.2 mg/ml; 0.9 %, 1 mg/ml; 0.9 %, 2 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride inyección 1.6 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>gentamicin sulfate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>imipenem/cilastatin inyección 250 mg; 250 mg, 500 mg; 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>isotonic gentamicin inyección 0.8 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>ivermectin tableta 6 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (10 EA por 90 días) PA MO
<i>ivermectin tableta 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (12 EA por 90 días) PA MO
LINEZOLID INYECCIÓN 600 MG/300 ML; 0.9 %	\$0 para el Nivel 4	PA
<i>linezolid inyección 600 mg/300 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA
<i>linezolid suspensión reconstituida 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>linezolid tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (56 EA por 28 días) MO
<i>meropenem inyección 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>meropenem inyección 1 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>methenamine hippurate tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>methenamine mandelate tableta 0.5 g, 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metronidazole inyección 500 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>metronidazole tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>neomycin sulfate tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitazoxanide tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (6 EA por 30 días) MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals cápsula 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>pentamidine isethionate inyección 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>pentamidine isethionate solución de inhalación reconstituida 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>praziquantel tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>pyrimethamine tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA MO
SIVEXTRO INYECCIÓN 200 MG	\$0 para el Nivel 5	
SIVEXTRO TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>streptomycin sulfate inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>sulfadiazine tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tableta 800 mg; 160 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim inyección 400 mg/5 ml; 80 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspensión 200 mg/5 ml; 40 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tableta 400 mg; 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tinidazole tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
TOBI PODHALER CÁPSULA 28 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tobramycin sulfate inyección 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>tobramycin sulfate inyección 1.2 g/30 ml, 80 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>tobramycin sulfate inyección 1.2 g</i>	\$0 para el Nivel 5	
<i>tobramycin solución de nebulización 300 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (280 ML por 56 días) PA; ACS
<i>trimethoprim tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
TYZAVAN INYECCIÓN 1000 MG/200 ML, 1250 MG/250 ML, 1500 MG/300 ML, 1750 MG/350 ML, 2000 MG/400 ML, 500 MG/100 ML, 750 MG/150 ML	\$0 para el Nivel 4	
VANCOMYCIN HCL INYECCIÓN 0.9 %; 1 G/200 ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>vancomycin hcl inyección 100 g, 10 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>vancomycin hydrochloride cápsula 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>vancomycin hydrochloride cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (240 EA por 30 días) MO
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 1000 MG/200 ML, 1250 MG/250 ML, 1500 MG/300 ML, 1750 MG/350 ML, 2000 MG/400 ML, 500 MG/100 ML, 750 MG/150 ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>vancomycin hydrochloride inyección 1.25 g, 1.5 g, 1.75 g, 1 g, 2 g, 500 g, 5 g, 750 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
VANCOMYCIN INYECCIÓN 0.9 %; 500 MG/100 ML, 0.9 %; 750 MG/150 ML	\$0 para el Nivel 4	
XIFAXAN TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (9 EA por 30 días) PA MO
ANTIMICÓTICOS		
<i>amphotericin b liposome inyección 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	B/D MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amphotericin b inyección 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>caspofungin acetate inyección 50 mg, 70 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
CRESEMBA CÁPSULA 74.5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (175 EA por 30 días) MO
CRESEMBA CÁPSULA 186 MG	\$0 para el Nivel 5	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 4	
<i>fluconazole suspensión reconstituida 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fluconazole tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>flucytosine cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA MO
<i>griseofulvin microsize suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>griseofulvin microsize tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>itraconazole cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>ketoconazole tableta 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>miconazole inyección 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>nystatin tableta 500000 unidades</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>posaconazole dr tableta de liberación retardada 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (93 EA por 30 días) PA MO
<i>terbinafine hcl tableta 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 365 días) MO
VORICONAZOLE INYECCIÓN 200 MG/20 ML	\$0 para el Nivel 4	PA
<i>voriconazole inyección 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>voriconazole suspensión reconstituida 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	PA MO
<i>voriconazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>voriconazole tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (480 c/u por 30 días) MO
ANTIPALÚDICOS		
<i>atovaquone/proguanil hcl tableta 62.5 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tableta 250 mg; 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>chloroquine phosphate tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
COARTEM TABLETA 20 MG; 120 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>mefloquine hydrochloride tableta 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>primaquine phosphate tableta 26.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>quinine sulfate cápsula 324 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir solución 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>abacavir tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
APTIVUS CÁPSULA 250 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>atazanavir sulfate cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>atazanavir cápsula 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>darunavir tableta 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>darunavir tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
EDURANT PED TABLETA SOLUBLE 2.5 MG	\$0 para el Nivel 5	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>efavirenz tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>emtricitabine cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
EMTRIVA SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>etravirine tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>fosamprenavir calcium tableta 700 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
INTELENCE TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 4	
ISENTRESS HD TABLETA 600 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
ISENTRESS PAQUETE 100 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
ISENTRESS TABLETA MASTICABLE 100 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
ISENTRESS TABLETA 400 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>lamivudine solución 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>lamivudine tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>maraviroc tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>nevirapine er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nevirapine suspensión 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nevirapine tableta 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NORVIR PAQUETE 100 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
PIFELTRO TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREZISTA SUSPENSIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (400 ML por 30 días) MO
PREZISTA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (240 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABLETA 75 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (480 c/u por 30 días) MO
REYATAZ PAQUETE 50 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>rilpivirine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>ritonavir tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
RUKOBIA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 600 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
SELZENTRY SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	MO
SUNLENCA INYECCIÓN 463.5 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (3 ML por 180 días) MO; LD
SUNLENCA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 5	MO; LD
SUNLENCA TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 5	MO; LD
<i>tenofovir disoproxil fumarate tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
TIVICAY PD TABLETA SOLUBLE 5 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
TIVICAY TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
TROGARZO INYECCIÓN 200 MG/1.33 ML	\$0 para el Nivel 5	MO; LD
TYBOST TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 3	MO
VIRACEPT TABLETA 250 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
VIRACEPT TABLETA 625 MG	\$0 para el Nivel 5	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VIREAD POLVO 40 MG/G	\$0 para el Nivel 5	MO
VIREAD TABLETA 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>zidovudine cápsula 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>zidovudine jarabe 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>zidovudine tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
COMBINACIÓN DE ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tableta 600 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
BIKTARVY TABLETA 30 MG; 120 MG; 15 MG, 50 MG; 200 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
CIMDUO TABLETA 300 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
DELSTRIGO TABLETA 100 MG; 300 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
DESCOVY TABLETA 120 MG; 15 MG, 200 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
DOVATO TABLETA 50 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 600 mg; 200 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 5	MO
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 200 mg; 25 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 100 mg; 150 mg, 133 mg; 200 mg, 200 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tableta 167 mg; 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
EVOTAZ TABLETA 300 MG; 150 MG	\$0 para el Nivel 5	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GENVOYA TABLETA 150 MG; 150 MG; 200 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
IDVYNZO TABLETA 100 MG; 0.25 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
JULUCA TABLETA 50 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
KALETRA SOLUCIÓN 400 MG/5 ML; 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>lamivudine/zidovudine tableta 150 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>lopinavir/ritonavir tableta 100 mg; 25 mg, 200 mg; 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
ODEFSEY TABLETA 200 MG; 25 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
PREZCOBIX TABLETA 150 MG; 675 MG, 150 MG; 800 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
STRIBILD TABLETA 150 MG; 150 MG; 200 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
SYMTUZA TABLETA 150 MG; 800 MG; 200 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
TRIUMEQ PD TABLETA SOLUBLE 60 MG; 5 MG; 30 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
TRIUMEQ TABLETA 600 MG; 50 MG; 300 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine cápsulas 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>ethambutol hydrochloride tableta 100 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>isoniazid inyección 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>isoniazid jarabe 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>isoniazid tableta 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PRETOMANID TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRIFTIN TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>pyrazinamide tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>rifabutin cápsula 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>rifampin cápsula 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>rifampin inyección 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
SIRTURO TABLETA 100 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
ANTIVIRALES		
<i>acyclovir sodium inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>acyclovir cápsula 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>acyclovir suspensión 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>acyclovir tableta 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>adefovir dipivoxil tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
BARACLUDE SOLUCIÓN 0.05 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>entecavir tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>famciclovir tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (21 EA por 30 días) MO
<i>famciclovir tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ganciclovir inyección 500 mg/10 ml, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>lamivudine tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
LIVTENCITY TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (336 EA por 28 días) PA; LD
MAVYRET PAQUETE 50 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MAVYRET TABLETA 100 MG; 40 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>oseltamivir phosphate cápsula 30 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (168 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate cápsula 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (84 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate suspensión reconstituida 6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (1080 ML por 365 días) MO
PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA DE 5 DÍAS 150 MG; 100 MG Y 300 MG; 100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (22 EA por 180 días) MO
PAXLOVID TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 150 MG; 100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (40 EA por 180 días) MO
PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG; 100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 180 días) MO
PEGASYS INYECCIÓN 180 MG/0.5 ML, 180 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
PREVYMIS PAQUETE 120 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA MO
PREVYMIS TABLETA 240 MG, 480 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (28 EA por 28 días) PA MO
RELENZA DISKHALER AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 5 MG/BLÍSTER	\$0 para el Nivel 3	QL (120 EA por 365 días) MO
<i>ribavirin cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	ACS
<i>ribavirin tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	ACS
<i>rimantadine hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>valacyclovir hydrochloride tableta 1 g, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>valganciclovir hydrochloride solución reconstituida 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>valganciclovir tableta 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
VOSEVI TABLETA 400 MG; 100 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CEFALOSPORINAS		
CEFACLOR ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 500 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cefaclor cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefaclor suspensión reconstituida 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefadroxil cápsula 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefadroxil suspensión reconstituida 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefadroxil tableta 1 g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 1 G/50 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 3	
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 100 G, 300 G	\$0 para el Nivel 4	
<i>cefazolin sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>cefazolin sodium inyección 10 g, 1 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
CEFAZOLIN/DEXTROSE INYECCIÓN 3 G /150 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 3	
CEFAZOLIN INYECCIÓN 2 G/100 ML; 4 %	\$0 para el Nivel 3	
CEFAZOLIN INYECCIÓN INTRAVENOSA 2 G, 3 G	\$0 para el Nivel 4	
<i>cefazolin i.m. o i.v. inyección 3 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>cefazolin i.m. o i.v. inyección 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cefdinir cápsula 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefdinir suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefepime inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cefixime cápsula 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefixime suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cefotetan inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>cefroxitin sodium inyección 10 g, 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>cefpodoxime proxetil suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cefpodoxime proxetil tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cefprozil suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefprozil tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ceftaroline fosamil inyección 400 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	
<i>ceftazidime inyección 2 g, 6 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>ceftazidime inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose inyección 1 g/50 ml, 2 g/50 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
CEFTRIAZONE SODIUM INYECCIÓN 100 G	\$0 para el Nivel 4	
<i>ceftriaxone sodium inyección intravenosa 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>ceftriaxone sodium inyección 10 g, 1 g im o iv, 250 mg, 2 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cefuroxime axetil tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefuroxime sodium inyección 1.5 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>cefuroxime sodium inyección 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cephalexin cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cephalexin cápsula 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cephalexin suspensión reconstituida</i> <i>125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tazicef inyección 1 g, 2 g, 6 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>azithromycin suspensión reconstituida</i> <i>100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>azithromycin tableta 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clarithromycin er tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>clarithromycin suspensión reconstituida</i> <i>125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>clarithromycin tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>erythromycin base tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>erythromycin dr tableta de liberación retardada 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>erythromycin ethylsuccinate suspensión reconstituida 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>erythromycin lactobionate inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	
<i>fidaxomicin tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
FLUOROQUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl tableta 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección 200 mg/100 ml; 5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección 400 mg/200 ml; 5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>levofloxacin in d5w inyección 5 %; 250 mg/50 ml, 5 %; 500 mg/100 ml, 5 %; 750 mg/150 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levofloxacin inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>levofloxacin solución oral 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>levofloxacin tableta 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride inyección 400 mg/250 ml; 0.8 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
MOXIFLOXACIN HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 400 MG/250 ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>moxifloxacin hydrochloride tableta 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
PENICILINAS		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspensión reconstituida 200 mg/5 ml; 28.5 mg/5 ml, 400 mg/5 ml; 57 mg/5 ml, 600 mg/5 ml; 42.9 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspensión reconstituida 250 mg/5 ml; 62.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta 500 mg; 125 mg, 875 mg; 125 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta 250 mg; 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>amoxicillin cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin suspensión reconstituida 400 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>amoxicillin tableta masticable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin tableta 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ampicillin sodium inyección 10 g, 1 g ampolla addvantage, 250 mg, 2 g ampolla addvantage</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>ampicillin sodium inyección 1 g, 2 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>ampicillin-sulbactam inyección 10 g; 5 g, 1 g; 0.5 g, 2 g; 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>ampicillin/sulbactam inyección 1 g; 0.5 g, 2 g; 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ampicillin cápsula 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
BICILLIN L-A INYECCIÓN 1200000 UNIDADES/2 ML, 2400000 UNIDADES/4 ML, 600000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dicloxacillin sodium cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
LENTOCILIN INYECCIÓN 1200000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 4	
<i>nafcillin sodium inyección 10 g, 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>nafcillin sodium inyección 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>oxacillin sodium inyección 10 g, 1 g, 2 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE INYECCIÓN 40000 UNIDADES/ML, 60000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>penicillin g potassium inyección 20000000 unidades, 5000000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>penicillin g sodium inyección 5000000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>penicillin v potassium solución reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>penicillin v potassium tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (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 4	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100 inyección 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>doxycycline hyclate cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>doxycycline hyclate inyección 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>doxycycline hyclate tableta 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>doxycycline monohydrate cápsula 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

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

AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS**ALQUILANTES**

<i>cyclophosphamide cápsula 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	PA MO
CYCLOPHOSPHAMIDE TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 3	PA
LEUKERAN TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>lomustine cápsula 10 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lomustine cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	ACS
ANTIMETABOLITOS		
INQOVI TABLETA 100 MG; 35 MG	\$0 para el Nivel 5	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 5	PA; ACS LD
<i>mercaptopurine suspensión 2000 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	ACS
<i>mercaptopurine tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>methotrexate sodium inyección 1 g/40 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>methotrexate sodium inyección 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methotrexate sodium inyección 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>methotrexate inyección 50 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ONUREG TABLETA 200 MG, 300 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS LD
TABLOID TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>abirtega tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
AKEEGA TABLETA 500 MG; 100 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>anastrozole tableta 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bicalutamide tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
ELIGARD INYECCIÓN 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
ERLEADA TABLETA 240 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EULEXIN CÁPSULA 125 MG	\$0 para el Nivel 5	
<i>exemestane tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
FIRMAGON INYECCIÓN 80 MG	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
FIRMAGON INYECCIÓN 120 MG/ AMPOLLA	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
INLURIYO TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
<i>letrozole tableta 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>leuprolide acetate inyección 1 mg/0.2 ml</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
LIFYORLI CÁPSULAS, PAQ. DE TRATAMIENTO 125 MG, SUMINISTRO PARA 1 DOSIS, 125 MG SUMINISTRO PARA 3 DOSIS, 125 MG SUMINISTRO PARA 9 DOSIS	\$0 para el Nivel 5	QL (18 EA por 28 días) PA; LD
LIFYORLI CÁPSULAS, PAQ. DE TRATAMIENTO 150 MG, SUMINISTRO PARA 1 DOSIS, 150 MG SUMINISTRO PARA 3 DOSIS, 150 MG SUMINISTRO PARA 9 DOSIS	\$0 para el Nivel 5	QL (27 EA por 28 días) PA; LD
LUPRON DEPOT (1 MES) INYECCIÓN 3.75 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
LUPRON DEPOT (3 MESES) INYECCIÓN 11.25 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
LYSODREN TABLETA 500 MG	\$0 para el Nivel 5	LD
<i>megestrol acetate tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>nilutamide tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
NUBEQA TABLETA 300 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ORGOVYX TABLETA 120 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
ORSERDU TABLETA 345 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
ORSERDU TABLETA 86 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
SOLTAMOX SOLUCIÓN 10 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>tamoxifen citrate tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>toremifene citrate tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
VEPPANU TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
VEPPANU TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
XTANDI CÁPSULA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
XTANDI TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
YONSA TABLETA 125 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide cápsula 20 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>lenalidomide cápsula 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>pomalyst cápsulas 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
POMALYST CÁPSULAS 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VARIOS		
ASPARLAS INYECCIÓN 3750 UNIDADES/5 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
BESREMI INYECCIÓN 500 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2 ML por 28 días) PA; LD
<i>bexarotene cápsula 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>hydroxyurea cápsula 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
IWILFIN TABLETA 192 MG	\$0 para el Nivel 5	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 3	MO
MATULANE CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	LD
<i>mesna tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
MODEYSO CÁPSULA 125 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (20 EA por 28 días) PA; LD
ONCASPAS INYECCIÓN 750 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
<i>tretinoin cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
WELIREG TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
AGENTES DIANA MOLECULARES		
ALECENSA CÁPSULA 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ALUNBRIG PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 90 MG; 180 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
ALUNBRIG TABLETA 30 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
ALUNBRIG TABLETA 180 MG, 90 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
AUGTYRO CÁPSULA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (240 EA por 30 días) PA; LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CAPRELSA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
COMETRIQ KIT 140 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 5	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 100 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 60 MG DIARIAMENTE	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
COPIKTRA CÁPSULA 15 MG, 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COTELLIC TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (63 EA por 28 días) PA; ACS LD
DANZITEN TABLETA 71 MG, 95 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
<i>dasatinib tableta 100°mg, 140°mg, 50°mg, 70°mg, 80°mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>dasatinib tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
DAURISMO TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
DAURISMO TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ENSACOVE CÁPSULA 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (270 EA por 30 días) PA; LD
ENSACOVE CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
ERIVEDGE CÁPSULA 150 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
<i>erlotinib hydrochloride tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>erlotinib hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>erlotinib hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (150 EA por 30 días) PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>everolimus tableta soluble 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
FOTIVDA CÁPSULA 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (21 EA por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (21 EA por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 1 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
GAVRETO CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
<i>gefitinib tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
GILOTRIF TABLETA 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
GOMEKLI CÁPSULA 1 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (168 EA por 28 días) PA; LD
GOMEKLI CÁPSULA 2 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
GOMEKLI TABLETA SOLUBLE 1 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (168 EA por 28 días) PA; LD
HERNEXEOS TABLETA 60 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
HYRNUO TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
IBRANCE CÁPSULA 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
IBRANCE TABLETA 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
IBTROZI CÁPSULA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
ICLUSIG TABLETA 10 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ICLUSIG TABLETA 15 MG, 45 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IDHIFA TABLETA 100 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>imatinib mesylate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>imatinib mesylate tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
IMBRUVICA CÁPSULA 70 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IMBRUVICA CÁPSULA 140 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
IMBRUVICA SUSPENSIÓN 70 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (216 ML por 30 días) PA; LD
IMBRUVICA TABLETA 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IMKELDI SOLUCIÓN 80 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (280 ML por 28 días) PA; LD
INLYTA TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
INLYTA TABLETA 1 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
INREBIC CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 9 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 3 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
JAKAFI XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
JAKAFI TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
JAYPIRCA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LORBRENA TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 240 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 120 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 320 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
LYNPARZA TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 16 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (140 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 12 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
MEKINIST SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 0.05 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1260 ML por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 0.5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKTOVI TABLETA 15 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
NERLYNX TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
NILOTINIB CÁPSULA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
NILOTINIB D-TARTRATE CÁPSULA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
<i>nilotinib hydrochloride cápsula 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
<i>nilotinib hydrochloride cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
NINLARO CÁPSULA 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ROMIDEPSIN INYECCIÓN 27.5 MG/5.5 ML	\$0 para el Nivel 5	ACS
<i>romidepsin inyección 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	ACS
ROMVIMZA CÁPSULA 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (8 EA por 28 días) PA; LD
ROZLYTREK CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
ROZLYTREK CÁPSULA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
ROZLYTREK PAQUETE 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (336 EA por 28 días) PA; ACS LD
RUBRACA TABLETA 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
RYDAPT CÁPSULA 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS
SCEMBLIX TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
SCEMBLIX TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (300 EA por 30 días) PA; LD
SCEMBLIX TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>sorafenib tosylate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
STIVARGA TABLETA 40 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>sunitinib malate cápsula 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
TABRECTA TABLETA 150 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
TAFINLAR CÁPSULA 50 MG, 75 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
TAFINLAR TABLETA SOLUBLE 10 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (840 EA por 28 días) PA; ACS LD
TAGRISSO TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TALZENNA CÁPSULA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
TECVAYLI INYECCIÓN 153 MG/1.7 ML, 30 MG/3 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
TEPMETKO TABLETA 225 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
TIBSOVO TABLETA 250 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
<i>torpenz tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
TRUQAP PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 160 MG, 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (64 EA por 28 días) PA; LD
TRUQAP TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (64 EA por 28 días) PA; LD
TRUXIMA INYECCIÓN 100 MG/10 ML, 500 MG/50 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
TUKYSA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
TUKYSA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
TURALIO CÁPSULA 125 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VANFLYTA TABLETA 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA PAQ. INICIAL PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 10 MG; 100 MG; 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (42 EA por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 50 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XPOVIO TABLETA, PAQUETE DE TRATAMIENTO 60 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 5	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 5	QL (8 EA por 28 días) PA; LD
<i>yulithira tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
ZEJULA TABLETA 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZELBORAF TABLETA 240 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZIRABEV INYECCIÓN 100 MG/4 ML, 400 MG/16 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
ZOLINZA CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
ZYDELIG TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZYKADIA TABLETA 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS

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 (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 (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 (Nivel 1)	MO
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 25 mg, 5 mg; 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prazosin hydrochloride cápsula 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>terazosin hcl cápsula 10 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>terazosin hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0 (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 (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 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 12.5 mg; 160 mg, 10 mg; 25 mg; 160 mg, 10 mg; 25 mg; 320 mg, 5 mg; 12.5 mg; 160 mg, 5 mg; 25 mg; 160 mg</i>	\$0 (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 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tableta 16 mg; 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBYCLOR TABLETA 40 MG; 12.5 MG, 40 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
ENTRESTO CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 15 MG; 16 MG, 6 MG; 6 MG	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 150 mg</i>	\$0 (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 (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 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 20 mg, 12.5 mg; 40 mg, 25 mg; 40 mg</i>	\$0 (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 3	MO
<i>telmisartan/amlodipine tableta 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg, 5 mg; 40 mg, 5 mg; 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 40 mg, 25 mg; 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 80 mg</i>	\$0 (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 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
AZILSARTAN MEDOXOMIL TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días)
<i>candesartan cilexetil tableta 32 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil tableta 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBI TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan tableta 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tableta 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tableta 320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tableta 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (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 4	
<i>amiodarone hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>disopyramide phosphate cápsula 100 mg, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>dofetilide cápsula 125 µg, 250 µg, 500 µg</i>	\$0 para el Nivel 4	ACS
<i>flecainide acetate tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
LIDOCAINE HCL IN D5W INYECCIÓN 5 %; 4 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	
LIDOCAINE HCL INYECCIÓN EN VIAL 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>lidocaine hcl inyección 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
MULTAQ TABLETA 400 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>pacerone tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>propafenone hcl tableta 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>propafenone hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 12 horas 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>propafenone hydrochloride tableta 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>quinidine sulfate tableta 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sotalol hcl tableta 120 mg, 160 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sotalol hydrochloride (af) tableta 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sotalol hydrochloride tableta 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
<i>fenofibrate micronized cápsula 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fenofibrate cápsula 130 mg, 43 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fenofibrate tableta 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fenofibric acid dr cápsula de liberación retardada 135 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gemfibrozil tableta 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-CoA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin cápsula 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lovastatin tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pitavastatin calcium tableta 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pravastatin sodium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>rosuvastatin calcium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>simvastatin tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine light paquete 4 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cholestyramine light polvo 4 g/dosis</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cholestyramine paquete 4 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>cholestyramine polvo 4 g/dosis</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>colesevelam hydrochloride paquete 3.75 g</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>colesevelam hydrochloride tableta 625 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>colestipol hydrochloride gránulos 5 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>colestipol hydrochloride paquete 5 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>colestipol hydrochloride tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ezetimibe/simvastatin tableta 10 mg; 10 mg, 10 mg; 20 mg, 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ezetimibe tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NEXLETOL TABLETA 180 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
NEXLIZET TABLETA 180 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>niacin er tableta de liberación prolongada 1000 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>niacin er tableta de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>niacin tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>niacor tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>omega-3-acid ethyl esters cápsula 375 mg; 465 mg; 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
REDEMPLO INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.5 ML por 90 días) PA; ACS LD
REPATHA SURECLICK INYECCIÓN 140 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	PA
REPATHA INYECCIÓN 140 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	PA
VASCEPA CÁPSULA 0.5 G, 1 G	\$0 para el Nivel 4	MO
COMBINACIONES DE BETA BLOQUEANTE/DIURÉTICO		
<i>atenolol/chlorthalidone tableta 100 mg; 25 mg, 50 mg; 25 mg</i>	\$0 (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 (Nivel 2)	MO
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 100 mg, 25 mg; 50 mg, 50 mg; 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
BETA BLOQUEANTES		
<i>acebutolol hydrochloride cápsula 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>atenolol tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betaxolol hcl tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>bisoprolol fumarate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bisoprolol fumarate tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>carvedilol phosphate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>carvedilol tableta 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>labetalol hydrochloride inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>labetalol hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>metoprolol succinate er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoprolol tartrate inyección 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>metoprolol tartrate tableta 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nadolol tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nebivolol hydrochloride tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nebivolol hydrochloride tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>pindolol tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>propranolol hcl inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>propranolol hcl solución oral 40 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>propranolol hcl tableta 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>propranolol hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>propranolol hydrochloride solución</i> 20 mg/5 ml	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>propranolol hydrochloride tableta 10 mg,</i> 20 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>timolol maleate tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate tableta 10 mg, 2.5 mg,</i> 5 mg	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cartia xt cápsula de liberación prolongada</i> 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>dilt-xr cápsula de liberación prolongada</i> 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hcl er cápsula de liberación</i> prolongada 12 horas (genérico de Cardizem SR) 120 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hcl er cápsula de liberación</i> prolongada 24 horas (Tiazac genérico) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 420 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hcl er tableta de liberación</i> prolongada 24 horas (Cardizem LA genérico) 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
DILTIAZEM HCL INYECCIÓN 100 MG	\$0 para el Nivel 4	
<i>diltiazem hcl inyección 50 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>diltiazem hcl tableta 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hydrochloride er cápsula de</i> liberación prolongada 24 horas (Cardizem CD, Dilacor XR, y Tiazac genéricos) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hydrochloride er tableta de</i> liberación prolongada 24 horas (genérico de Cardizem LA) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hydrochloride inyección</i> 125 mg/25 ml, 25 mg/5 ml	\$0 para el Nivel 4	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diltiazem hydrochloride tableta 120 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>felodipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>isradipine cápsula 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>matzim la tableta de liberación prolongada 24 horas 420 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>matzim la tableta de liberación prolongada 24 horas 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nicardipine hcl cápsula 20 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nifedipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 30 mg (genérico de Procardia XL), 60 mg (genérico de Procardia XL), 90 mg (genérico de Adalat CC y Procardia XL)</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nifedipine er tableta de liberación prolongada 24 horas (Adalat CC genérico) 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>nisoldipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 17 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>nisoldipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 34 mg, 8.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>tiadylt er cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tiadylt er cápsula de liberación prolongada 24 horas 420 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hcl er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hcl er tableta de liberación prolongada 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VERAPAMIL HCL SR CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 360 MG	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>verapamil hcl sr cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>verapamil hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hydrochloride er tableta de liberación prolongada 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 360 MG	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>verapamil hydrochloride sr cápsula de liberación prolongada 24 horas 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hydrochloride inyección 2.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>verapamil hydrochloride tableta 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DIURÉTICOS		
<i>acetazolamide er cápsula de liberación prolongada 12 horas 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>acetazolamide tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>amiloride hcl tableta 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>amiloride/hydrochlorothiazide tableta 5 mg; 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bumetanide inyección 0.25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>bumetanide tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>chlorthalidone tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>furosemide inyección 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>furosemide solución oral 10 mg/ml, 40 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mirtazapine tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrochlorothiazide cápsula 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>indapamide tableta 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methazolamide tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metolazone tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>torsemide tableta 100 mg, 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide cápsula 25 mg; 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 37.5 mg, 50 mg; 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VARIOS		
<i>aliskiren tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (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 (Nivel 1)	MO
<i>clonidine hydrochloride tableta 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clonidine parche semanal 0.1 mg/24 h</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>clonidine parche semanal 0.2 mg/24 h, 0.3 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (8 EA por 28 días) MO
CORLANOR SOLUCIÓN 5 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>digoxin inyección 0.25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>digoxin oral solución 0.05 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>digoxin tableta 125 µg, 250 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>digox tableta 125 µg, 250 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días)
<i>droxidopa cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>droxidopa cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>droxidopa cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>guanfacine hydrochloride tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydralazine hydrochloride inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>hydralazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride tableta 37.5 mg; 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>ivabradine hydrochloride tableta 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metirosine cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>midodrine hydrochloride tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>minoxidil tableta 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ranolazine er tableta de liberación prolongada 12 horas 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
VERQUVO TABLETA 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 3	MO
VYNDAMAX CÁPSULA 61 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate tableta 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>isosorbide mononitrate er tableta de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nitro-bid pomada 2 %</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>nitroglycerin parche transdérmico 24 horas 0.1 mg/h, 0.2 mg/h, 0.4 mg/h, 0.6 mg/h</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NITROGLYCERIN INYECCIÓN 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>nitroglycerin pomada transdérmica 2 %</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>nitroglycerin translingual solución 0.4 mg/ aerosol</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nitroglycerin tableta sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS TABLETA 0.5 MG, 1.5 MG, 1 MG, 2.5 MG, 2 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>ambrisentan tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>bosentan tableta soluble 32 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosentan tableta 62.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosentan tableta 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>epoprostenol sodium inyección 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D; ACS
<i>epoprostenol sodium inyección 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	B/D; ACS
<i>macitentan tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>sildenafil citrate (genérico de Revatio) tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS
<i>sildenafil inyección 10 mg/12.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (1125 ML por 30 días) PA; ACS
<i>tadalafil (Adcirca genérico) tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
TYVASO KIT DE RECARGA SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
TYVASO KIT INICIAL SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
TYVASO SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG; 800 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (200 EA por 28 días) PA; ACS LD
UPTRAVI INYECCIÓN 1800 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
UPTRAVI TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (140 EA por 28 días) PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
UPTRAVI TABLETA 1000 MG, 1200 MG, 1400 MG, 1600 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
WINREVAIR INYECCIÓN (KIT DE 2 AMPOLLAS) 45 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (1 EA por 21 días) PA; ACS LD
WINREVAIR INYECCIÓN (KIT DE 1 AMPOLLA) 45 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (2 EA por 21 días) PA; ACS LD
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ANSIOLÍTICOS		
ALPRAZOLAM INTENSOL CONCENTRADO 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	QL (300 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>alprazolam tableta 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>alprazolam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (150 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>buspirone hcl tableta 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>buspirone hydrochloride tableta 10 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>chlordiazepoxide hcl cápsula 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>chlordiazepoxide hydrochloride cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>lorazepam intensol concentrado 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (150 ML por 30 días) PA; HRM
<i>lorazepam inyección 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (150 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam tableta 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (150 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>oxazepam cápsula 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIDEMENCIA		
<i>donepezil hcl tableta que se desintegra 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 23 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hydrochloride tableta 5 mg</i>	\$0 (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 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide solución 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (200 ML por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide tableta 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
LEQEMBI IQLIK INYECCIÓN 360 MG/1.8 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (7.2 ML por 28 días) PA; LD
<i>memantine hcl paq. de ajuste de la dosis tableta 10 mg; 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (98 EA por 365 días) PA
<i>emantine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>memantine hydrochloride solución 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (360 ML por 30 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>memantine/donepezil hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg; 14 mg, 10 mg; 21 mg, 10 mg; 28 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
NAMZARIC CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 10 MG; 7 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>rivastigmine tartrate cápsula 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rivastigmine sistema transdérmico parche 24 horas 13.3 mg/24 h, 4.6 mg/24 h, 9.5 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl tableta 100 mg, 150 mg, 25 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	PA MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amitriptyline hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	PA MO; HRM
<i>amoxapine tableta 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
AUVELITY PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA PAQ. DE TRATAMIENTO 30 MG/105 MG; 45 MG/105 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (102 EA por 365 días) MO
AUVELITY TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 105 MG; 45 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tableta de liberación retardada 12 horas 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
BUPROPION HYDROCHLORIDE ER (XL) TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 450 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tableta de liberación prolongada 24 horas 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tableta 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 20 mg</i>	\$0 (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 4	PA MO; HRM
<i>desipramine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	PA MO; HRM
<i>desvenlafaxine er tableta (genérico de Pristiq) de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>doxepin hcl cápsula 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxepin hcl concentrado 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>doxepin hydrochloride cápsula 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN RETARDADA 20 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN RETARDADA 40 MG	\$0 para el Nivel 4	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 (Nivel 2)	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 5	QL (30 EA por 30 días) PA MO
ESCITALOPRAM OXALATE CÁPSULA 15 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>escitalopram oxalate solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate tableta 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (45 EA por 30 días) MO; HRM
EXXUA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18.2 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (64 EA por 365 días) PA MO
EXXUA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18.2 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA
EXXUA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA MO
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA ER 24 HORAS 20 MG; 40 MG	\$0 para el Nivel 4	PA; HRM
FETZIMA CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 120 MG, 80 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 20 MG, 40 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluoxetine dr cápsula de liberación retardada 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (4 EA por 28 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride solución 20 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride (genérico de Prozac) tableta 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>imipramine hcl tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO; HRM
<i>imipramine hydrochloride tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO; HRM
MARPLAN TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tableta 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tableta 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nefazodone hydrochloride tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nortriptyline hcl cápsula 25 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
<i>nortriptyline hcl solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
<i>nortriptyline hydrochloride cápsula 10 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
<i>paroxetine hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 37.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride suspensión 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (900 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 4	PA MO; HRM
<i>phenelzine sulfato tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>protriptyline hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
RALDESY SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
<i>sertraline hcl concentrado 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (300 ML por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hcl tableta 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tranlycypromine sulfato tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>trazodone hydrochloride tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trazodone hydrochloride tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>trimipramine maleate cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate cápsula 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (240 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
TRINTELLIX TABLETA 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO
VENLAFAXINE BESYLATE ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 112.5 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INBRIJA CÁPSULA 42 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (300 EA por 30 días) PA; LD
<i>pramipexole dihydrochloride tableta 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>rasagiline mesylate tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 12 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole hcl tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ropinirole hydrochloride tableta 0.25 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>selegiline hcl cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>selegiline hcl tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>trihexyphenidyl hydrochloride solución 0.4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tableta 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 720 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2.4 ML por 56 días) MO
ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 960 MG/3.2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (3.2 ML por 56 días) MO
ABILIFY MAINTENA INYECCIÓN 300 MG, 400 MG	\$0 para el Nivel 5	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 4	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aripiprazole solución 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (900 ML por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 2 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
ARISTADA INITIO INYECCIÓN 675 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 5	HRM
ARISTADA INYECCIÓN 441 MG/1.6 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1.6 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 662 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2.4 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 882 MG/3.2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (3.2 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 1064 MG/3.9ML	\$0 para el Nivel 5	QL (3.9 ML por 56 días); HRM
<i>asenapine maleate sl tableta sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
BYSANTI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 1 MG; 2 MG; 4 MG; 6 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (16 EA por 365 días) PA
BYSANTI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 1 MG; 2 MG; 6 MG; 8 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (24 EA por 365 días) PA
BYSANTI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 1 MG; 2 MG; 6 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (16 EA por 365 días) PA
BYSANTI TABLETA 10 MG, 12 MG, 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA
CAPLYTA CÁPSULA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>chlorpromazine hcl inyección 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	HRM
<i>chlorpromazine hcl inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>chlorpromazine hcl tableta 100 mg, 10 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrado 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>chlorpromazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (270 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	HRM
<i>clozapine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (120 EA por 30 días); HRM
<i>clozapine tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (270 EA por 30 días); HRM
COBENFY PAQ. INICIAL CÁPSULA PAQ. DE TRATAMIENTO 50 MG; 20 MG Y 100 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 5	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 5	QL (60 EA por 30 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 39 MG/0.25 ML	\$0 para el Nivel 4	QL (0.25 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 78 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.5 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 117 MG/0.75 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.75 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 156 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 234 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1.5 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 351 MG/2.25 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (4.5 ML por 365 días)

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el 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 4	PA; HRM
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS B TABLETA 1 MG; 2 MG; 6 MG; 8 MG	\$0 para el Nivel 4	PA
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS C TABLETA 1 MG; 3 MG; 6 MG	\$0 para el Nivel 4	PA
FANAPT TABLETA 10 MG, 12 MG, 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluphenazine decanoate inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>fluphenazine hcl concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride elixir 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride inyección 2.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>haloperidol decanoate inyección 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>haloperidol lactate inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>haloperidol concentrado 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
<i>haloperidol tableta 0.5 mg, 10 mg, 1 mg, 20 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN 1092 MG/3.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (3.5 ML por 180 días); HRM
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN 1560 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (5 ML por 180 días); HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 39 MG/0.25 ML	\$0 para el Nivel 4	QL (0.25 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 78 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 117 MG/0.75 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.75 ML por 28 días) MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 156 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 234 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 273 MG/0.88 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.88 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 410 MG/1.32 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1.32 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 546 MG/1.75 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1.75 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 819 MG/2.63 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2.63 ML por 90 días); HRM
<i>loxapine cápsula 10 mg, 25 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tableta 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tableta 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
LYBALVI TABLETA 10 MG; 10 MG, 15 MG; 10 MG, 20 MG; 10 MG, 5 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	HRM
NUPLAZID CÁPSULA 34 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS HRM LD
NUPLAZID TABLETA 10 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS HRM LD
<i>olanzapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine inyección 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 3	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OPIPZA PELÍCULA 2 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA MO
OPIPZA PELÍCULA 10 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>paliperidone er tableta de liberación retardada 24 horas 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paliperidone er tableta de liberación prolongada 24 horas 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>perphenazine tableta 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>pimozide tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>quetiapine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	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 3	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
REXULTI TABLETA 3 MG, 4 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
REXULTI TABLETA 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone er inyección 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (2 EA por 28 días) MO
<i>risperidone er inyección 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (2 EA por 28 días) MO; HRM
<i>risperidone er inyección 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (2 EA por 28 días) MO
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone solución 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (480 ML por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 0.25 mg, 0.5 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
SECUADO PARCHE 24 HORAS 3.8 MG/24 H, 5.7 MG/24 H, 7.6 MG/24 H	\$0 para el Nivel 5	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 3	PA MO; HRM
<i>thiothixene cápsula 10 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>trifluoperazine hcl tableta 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
<i>trifluoperazine hcl tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>trifluoperazine hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
VERSACLOZ SUSPENSIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (600 ML por 30 días) PA; HRM
VRAYLAR CÁPSULA 0.5 MG, 0.75MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
VRAYLAR CÁPSULA 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
VRAYLAR CÁPSULA 1.5 MG	\$0 para el Nivel 3	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 3	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>ziprasidone mesylate inyección 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (6 EA por 3 días) MO; HRM
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 210 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 405 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (1 EA por 28 días) PA; ACS
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 300 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS
AGENTES ANTICONVULSIVANTES		
<i>brivaracetam inyección 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (600 ML por 30 días)
<i>brivaracetam solución oral 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>brivaracetam tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>carbamazepine er carbamazepine er cápsula de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>carbamazepine er tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>carbamazepine er tableta de liberación prolongada 12 horas 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>carbamazepine suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>carbamazepine tableta masticable 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>carbamazepine tableta masticable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>carbamazepine tableta 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>clobazam suspensión 2.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (480 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>clobazam tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tableta 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clorazepate dipotassium tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clorazepate dipotassium tableta 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
DIACOMIT CÁPSULA 500 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT CÁPSULA 250 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 500 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 250 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
<i>diazepam intensol concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (5 EA por 30 días) MO; HRM
<i>diazepam inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam solución oral 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (1200 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam tableta 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
DILANTIN CÁPSULA 30 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>divalproex sodium dr cápsula con gránulos dispersables de liberación retardada 125 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>divalproex sodium dr tableta de liberación retardada 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>divalproex sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
EPIDIOLEX SOLUCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (600 ML por 30 días) PA; ACS LD
<i>eslicarbazepine acetate tableta 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>eslicarbazepine acetate tableta 600 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ethosuximide cápsula 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ethosuximide solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>felbamate suspensión 600 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>felbamate tableta 400 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
FINTEPLA SOLUCIÓN 2.2 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (360 ML por 30 días) PA; LD
<i>fosphenytoin sodium inyección 100 mg pe/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>fosphenytoin sodium inyección 500 mg pe/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) cápsula 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (270 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico Neurontin) cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (2160 ML por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) tableta 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide inyección 200 mg/20 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>lacosamide solución oral 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (1200 ML por 30 días) MO
<i>lacosamide tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lamotrigine er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 250 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lamotrigine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>lamotrigine starter kit/blue kit 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamotrigine kit inicial/kit verde 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	
<i>lamotrigine kit inicial/kit anaranjado 100 mg; 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamotrigine tableta masticable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lamotrigine tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levetiracetam er tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<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 4	
<i>levetiracetam inyección 500 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>levetiracetam solución oral 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
LEVETIRACETAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 500 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) MO
LEVETIRACETAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 250 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>levetiracetam tableta 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methsuximide cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
NAYZILAM SOLUCIÓN 5 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 4	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>oxcarbazepine suspensión 300 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>oxcarbazepine tableta 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>perampanel suspensión 0.5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (680 ML por 28 días) PA MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>perampanel tableta 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>perampanel tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>phenobarbital sodium inyección 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; HRM
<i>phenobarbital elixir 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (1500 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenobarbital tableta 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenytek cápsula 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>phenytoin sodium extended cápsula 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>phenytoin sodium inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>phenytoin suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>phenytoin tableta masticable 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>pregabalin cápsula 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 225 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin solución 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>primidone tableta 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>roweepra tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>rufinamide suspensión 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (2760 ML por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (240 EA por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (480 EA por 30 días) PA MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 500 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 250 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>subvenite starter kit/blue kit 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>subvenite kit inicial/kit verde 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>subvenite kit inicial/kit anaranjado 100 mg; 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
SUBVENITE SUSPENSIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>subvenite tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
SYMPAZAN PELÍCULA 5 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
SYMPAZAN PELÍCULA 10 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>tiagabine hydrochloride tableta 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>topiramate cápsula con gránulos dispersables 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>topiramate solución 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (480 ML por 30 días) PA MO
<i>topiramate tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tableta 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>valproate sodium inyección 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>valproic acid cápsula 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>valproic acid solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
VALTOCO 10 MG DOSE LÍQUIDO 10 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 5	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 5	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 5	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1 ML LÍQUIDO	\$0 para el Nivel 5	QL (10 EA por 30 días) PA MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>guanfacine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>lisdexamfetamine dimesylate cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lisdexamfetamine dimesylate tableta masticable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tableta de liberación prolongada (genérico de Metadate ER y Ritalin SR) 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tableta masticable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>zenzedi tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (180 EA por 30 días)

HIPNÓTICOS

DAYVIGO TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>doxepin hydrochloride tableta 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tasimelteon cápsula 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>temazepam cápsula 15 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>triazolam tableta 0.125 mg, 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zaleplon cápsula 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zaleplon cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zolpidem tartrate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MIGRAÑA		
AIMOVIG INYECCIÓN 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	QL (1 ML por 30 días) PA; ACS
<i>dihydroergotamine mesylate solución 4 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (8 ML por 30 días) PA MO
EMGALITY INYECCIÓN 120 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	QL (2 ML por 30 días) PA; ACS
EMGALITY INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	QL (3 ML por 30 días) PA; ACS
<i>ergotamine tartrate/cafeine tableta 100 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (40 EA por 28 días) PA MO
<i>naratriptan hcl tableta 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (9 EA por 30 días) MO
NURTEC TABLETA QUE SE DESINTEGRA 75 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (16 EA por 30 días) PA MO
QULIPTA TABLETA 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>rizatriptan benzoate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate inyección 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tableta 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (9 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan solución 20 mg/pulverización, 5 mg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (12 EA por 30 días) MO
UBRELVY TABLETA 100 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (16 EA por 30 días) PA MO
VARIOS		
AUSTEDO XR PAQ. DE AJUSTE DE LA DOSIS PARA EL PACIENTE, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE TRATAMIENTO 12°MG; 18°MG; 24°MG; 30°MG	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 365 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 12 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 24 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 6 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLETA 12 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLETA 6 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>lithium carbonate er tableta de liberación prolongada 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lithium carbonate cápsula 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lithium carbonate tableta 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lithium solución 8 meq/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
NUEDEXTA CÁPSULA 20 MG; 10 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>paroxetine cápsula 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>pregabalin er tableta de liberación retardada 24 horas 330 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tableta de liberación prolongada 24 horas 165 mg, 82.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pyridostigmine bromide er tableta de liberación prolongada 180 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>pyridostigmine bromide tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>riluzole tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>tetrabenazine tableta 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>tetrabenazine tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
UPLIZNA INYECCIÓN 100 MG/10 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BAFIERTAM CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 95 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
BETASERON INYECCIÓN 0.3 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS
<i>dalfampridine er tableta de liberación prolongada 12 horas 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	PA; ACS
<i> fingolimod hydrochloride cápsula 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i> glatiramer acetate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i> glatiramer acetate inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
<i> glatopa inyección 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i> glatopa inyección 20 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
KESIMPTA INYECCIÓN 20 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (6.4 ML por 365 días) PA; ACS LD
<i> teriflunomide tableta 14 mg, 7 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES		
<i> baclofen tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i> clorzoxazone tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i> cyclobenzaprine hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i> dantrolene sodium cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i> tizanidine hcl tableta 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i> tizanidine hydrochloride tableta 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA		
<i>armodafinil tableta 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>armodafinil tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>sodium oxybate solución 500 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	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 4	MO
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tableta sublingual 8 mg; 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tableta sublingual 2 mg; 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl tableta sublingual 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl tableta sublingual 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 8 mg; 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 2 mg; 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 12 mg; 3 mg, 4 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tableta de liberación prolongada 12 horas 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>disulfiram tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
KLOXXADO LÍQUIDO 8 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>naloxone hcl inyección 4 mg/10 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>naloxone hydrochloride inyección 0.4 mg/ml cartucho, 2 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>naloxone hydrochloride ampolla y jeringa precargada inyectable 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>naltrexone hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NICOTROL NS SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	QL (360 ML por 365 días) MO
REXTOVY LÍQUIDO 4 MG/0.25 ML	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>varenicline paq. de tratamiento mensual inicial, tableta 0.5 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>varenicline tartrate continuing month tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>varenicline tartrate tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
VIVITROL INYECCIÓN 380 MG	\$0 para el Nivel 5	ACS

ENDOCRINOS Y METABÓLICOS**ANDRÓGENOS**

<i>danazol cápsula 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>testosterone cypionate inyección 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>testosterone enanthate inyección 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>testosterone pump gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (300 G por 30 días) MO
<i>testosterone gel 25 mg/2.5 g, 50 mg/5 g</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (300 G por 30 días) MO
<i>testosterone solución 30 mg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (180 ML por 30 días) MO

ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS

BD TOALLITAS DE ALCOHOL	\$0 (Nivel 1)	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA II/0.3 ML/31 G X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	PA MO
BD INSULIN JERINGA SAFETYGLIDE/1 ML/29 G X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA/0.5 ML/30 G X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	PA MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA/1 ML/31 G X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	PA MO
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29 G X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	PA MO
BD PEN	\$0 (Nivel 1)	MO
BD VEO INSULIN JERINGA ULTRAFINA/0.3 ML/31 G X 6 MM	\$0 (Nivel 1)	PA MO
APÓSITOS DE GASA 2"X2" 12 APÓSITOS PLY	\$0 (Nivel 1)	PA MO
FIASP FLEXTOUCH INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO
FIASP PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO
FIASP PUMPCART INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	B/D MO
FIASP INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	B/D MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INYECCIÓN 500 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 5	MO
LANTUS SOLOSTAR INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO
LANTUS INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLIN 70/30 INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLIN N FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLIN N INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLIN R FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLIN R INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	B/D MO
NOVOLOG FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN INYECCIÓN PRECARGADA 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLOG MIX 70/30 INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLOG PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO
NOVOLOG INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	B/D MO
SOLQUA 100/33 INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML; 33 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	QL (15 ML por 25 días) MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR INYECCIÓN 300 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO
TOUJEO SOLOSTAR INYECCIÓN 300 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	MO
XULTOPHY 100/3.6 INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML; 3.6 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	QL (15 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>dapagliflozin/metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg; 1000 mg, 10 mg; 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días)
<i>dapagliflozin/metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 5 mg; 1000 mg, 5 mg; 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días)
<i>dapagliflozin tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días)

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Glucophage XR)</i> tableta de liberación prolongada 24 horas 750 mg	\$0 (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 4	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>metformin hydrochloride tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tableta 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 c/u por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tableta 850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>miglitol tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) MO
MOUNJARO INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (2 ML por 28 días) PA MO
MOUNJARO INYECCIÓN 2.5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (4 ML por 365 días) PA
<i>nateglinide tableta 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (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 3	QL (3 ML por 28 días) PA MO
OZEMPIC TABLETA 1.5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA
OZEMPIC TABLETA 4 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>pioglitazone hcl-glimepiride tableta 2 mg; 30 mg, 4 mg; 30 mg</i>	\$0 (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 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl tableta 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hydrochloride tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tableta 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
RYBELSUS TABLETA 3 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA
RYBELSUS TABLETA 14 MG, 7 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 1000 mg; 5 mg, 500 mg; 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 1000 mg; 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>saxagliptin hydrochloride tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride tableta 1000 mg; 50 mg, 500 mg; 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sitagliptin phosphate tableta 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días)
<i>sitagliptin phosphate tableta 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
TRADJENTA TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 10 MG; 5 MG; 1000 MG, 25 MG; 5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 12.5 MG; 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 2.5 MG; 1000 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
TRULICITY INYECCIÓN 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (2 ML por 28 días) PA MO
XIGDUO XR TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA 24 HORAS 10 MG; 1000 MG, 10 MG; 500 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
XIGDUO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 1000 MG, 5 MG; 500 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium solución 70 mg/75 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>alendronate sodium tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>alendronate sodium tableta 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO
BILDYOS INYECCIÓN 60 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	QL (1 ML por 180 días); ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BILPREVDA INYECCIÓN 120 MG/1.7 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>calcitonin-salmon solución 200 unidades/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>ibandronate sodium inyección 3 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (3 ML por 90 días) MO
<i>ibandronate sodium tableta 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 30 días) MO
OSPOMYV INYECCIÓN 60 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	QL (1 ML por 180 días); ACS
PAMIDRONATE DISODIUM INYECCIÓN 6 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>pamidronate disodium inyección 30 mg/10 ml, 90 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>risedronate sodium dr tableta de liberación retardada 35 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO
TYMLOS INYECCIÓN 3120 MG/1.56 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
WYOST INYECCIÓN 120 MG/1.7 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
ZOLEDRONIC ACID INYECCIÓN 4 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 4	ACS
<i>zoledronic acid inyección 4 mg/5 ml, 5 mg/100 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	ACS
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CÁPSULA 100 MG	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>deferasirox paquete 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>deferasirox tabs. solubles 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
<i>deferasirox tabs. solubles 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>deferasirox tableta 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	PA; ACS
<i>deferasirox tableta 180 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
<i>kionex suspensión 15 g/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	
LOKELMA PAQUETE 10 G	\$0 para el Nivel 3	QL (34 EA por 30 días) MO
LOKELMA PAQ. 5 G	\$0 para el Nivel 3	QL (96 EA por 30 días) MO
<i>penicillamine tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	ACS
<i>sodium polystyrene sulfonate polvo</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>sodium polystyrene sulfonate suspensión 15 g/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>sps suspensión para múltiples vías de administración 15 g/60 ml, 15 g/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>trientine hydrochloride cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
ANTICONCEPTIVOS		
<i>afirmelle tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>altavera tableta 30 µg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>alyacen 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>alyacen 7/7/7 tableta 0.5 mg; 075 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amethyst tableta 20 µg; 90 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>apri tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aranelle tableta 0.5 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ashlyna tableta 0.15 mg; 0.01 mg; 0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aubra eq tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aurovela fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>aviane tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ayuna tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>azurette tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>balziva tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>blisovi 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>blisovi fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>blisovi fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>briellyn tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>camila tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>charlotte 24 fe tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>chateal eq tableta 30 µg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cryselle-28 tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cryselle tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cyred eq tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dasetta 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dasetta 7/7/7 tableta 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>daysee tableta 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>deblitane tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>delyla tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INYECCIÓN 104 MG/0.65 ML	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tableta 0.15 mg; 0.02 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>dolishale tableta 20 µg; 90 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium tableta 3 mg; 0.02 mg; 0.451 mg, 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tableta 3 mg; 0.02 mg, 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>elinest tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eluryng anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>emzahh tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>enilloring anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>enskyce tableta 0.15 mg; 0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>errin tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estarylla tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol tableta 35 µg; 1 mg, 50 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>falmina tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>feirza 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>feirza 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>finzala tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>galbriela tableta masticable 25 µg; 75 mg; 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hailey 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hailey 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hailey fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hailey fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>heather tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>iclevia tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>incassia tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>introvale tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>isibloom tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>jaimiess tableta 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>jasmiel tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>jencycla tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>juleber tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>junel fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel fe 24 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>kaitlib fe tableta masticable 25 µg; 75 mg; 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>kalliga tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>kariva tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>kelnor 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>kurvelo tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lessina tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levonest tableta 0.05 mg; 0.075 mg; 0.125 mg; 0.03 mg; 0.04 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tableta 0.1 mg; 0.02 mg; 0.01 mg; 20 µg; 90 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tableta 0.03 mg; 0.15 mg, 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg, 0.15 mg; 0.02 mg; 0.15 mg; 0.02 mg, 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg, 0.05 mg; 0.03 mg; 0.075 mg; 0.04 mg, 0.125 mg; 0.03 mg, 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levora 0.15/30-28 tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
LILETTA DISPOSITIVO INTRAUTERINO 20.1 MG/DÍA	\$0 para el Nivel 3	ACS LD
<i>lo-zumandimine tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>loestrin 1.5/30-21 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>loestrin 1/20-21 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>loestrin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>loestrin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lojaimiess tableta 0.1 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>loryna tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>luizza 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>luizza 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>luteru tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lyleq tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lyza tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>marlissa tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>medroxyprogesterone acetate inyección 150 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>meleya tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mibelas 24 fe tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>microgestin 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>microgestin 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>microgestin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>microgestin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>mili tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mono-lynyah tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>necon 0.5/35-28 tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
NEXPLANON INYECCIÓN 68 MG	\$0 para el Nivel 3	ACS LD
<i>nikki tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol parche semanal 35 µg/24 h; 150 µg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tableta 20 µg; 1 mg, 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta masticable 35 µg; 0,4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norethindrone tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norgestimate/ethinyl estradiol tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg, 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norlyroc tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nortrel 0.5/35 (28) tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nortrel 1/35 tratamiento de 28 días</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nortrel 1/35 tratamiento de 21 días</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nortrel 7/7/7 tableta 35 µg; 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nylia 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nylia 7/7/7 tableta 35 µg; 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>orquidea tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>orsythia tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>philith tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>pimtreea tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>portia-28 tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>reclipsen tableta 0.15 mg; 0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>rosyrah tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.025 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>setlakin tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sharobel tableta 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>simliya tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>simpesse tableta 0.1 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sprintec 28 tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sronyx tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>syeda tableta 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tarina 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tarina fe 1/20 eq tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tilia fe tableta 0.02 mg; 0.03 mg; 0.35 mg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	
<i>tri-estarylla tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tri-legest fe tableta 20 µg; 30 µg; 35 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tri-linyah tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-estarylla tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-marzia tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-mili tableta 0.180 mg; 0.215 mg; 0.250 mg; 0.025 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tri-lo-sprintec tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-mili tableta 0.180 mg; 0.215 mg; 0.250 mg; 0.035 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-sprintec tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-vylibra lo tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-vylibra tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>trivora-28 tableta 0.05 mg; 0.03 mg; 0.075 mg; 0.04 mg; 0.125 mg; 0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>turqoz tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
TYBLUME TABLETA MASTICABLE 20 MG; 0.1 MG	\$0 para el Nivel 3	
<i>tydemy tableta 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>valtya 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>valtya 1/50 tableta 50 µg; 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>velivet tableta 0.1 mg; 0.125 mg; 0.15 mg; 0.025 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>vestura tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vienva tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vioarele tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>volnea tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vyfemla tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexamethasone solución 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dexamethasone tableta 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>fludrocortisone acetate tableta 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hydrocortisone sodium succinate inyección 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>hydrocortisone tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methylprednisolone acetate inyección 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>methylprednisolone paq. de dosis tableta paq. de tratamiento 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>methylprednisolone sodium succinate inyección 1000 mg, 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inyección 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>methylprednisolone tableta 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate solución oral 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate solución oral 25 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>prednisolone solución 15 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
PREDNISON INTENSOL CONCENTRADO 5 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>prednisone solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>prednisone tableta paq. de tratamiento 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>prednisone tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 20 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
SOLU-CORTEF INYECCIÓN 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamcinolone acetate inyección 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
AGENTES HIPERGLUCEMIANTES		
<i>diazoxide suspensión 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
GVOKE HYPOPEN PAQUETE DE 1 INYECCIÓN 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 para el Nivel 3	MO
GVOKE HYPOPEN PAQUETE DE 2 INYECCIÓN 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 para el Nivel 3	MO
GVOKE KIT INYECCIÓN 1 MG/0.2 ML	\$0 para el Nivel 3	MO
GVOKE PFS INYECCIÓN 1 MG/0.2 ML	\$0 para el Nivel 3	MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine inyección 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>betaine anhydrous polvo 1 g</i>	\$0 para el Nivel 4	ACS
<i>cabergoline tableta 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>carglumic acid tableta soluble 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
CERDELGA CÁPSULA 84 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días); ACS
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días); ACS
CYSTAGON CÁPSULA 150 MG, 50 MG	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS LD
<i>desmopressin acetate inyección 4 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>desmopressin acetate preservative free inyección 4 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>desmopressin acetate solución nasal 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desmopressin acetate tableta 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>fomepizole inyección 1.5 g/1.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 5	
GENOTROPIN MINISQUICK INYECCIÓN 0.2 MG	\$0 para el Nivel 3	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 5	PA; ACS
GENOTROPIN INYECCIÓN 12 MG, 5 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
INCRELEX INYECCIÓN 40 MG/4 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
ISTURISA TABLETA 1 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
ISTURISA TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
<i>javygtor paquete 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; LD
<i>javygtor paquete 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
<i>javygtor tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
<i>levocarnitine inyección 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>levocarnitine solución oral 1 g/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>levocarnitine tableta 330 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
LUPRON DEPOT-PED (6 MESES) INYECCIÓN 45 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>methergine tableta 0.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>methylergonovine maleate tableta 0.2 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mifepristone tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>nitisinone cápsula 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
<i>nitisinona cápsula 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 100 µg/ml, 200 µg/ml, 50 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 1000 µg/ml, 500 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>raloxifene hydrochloride tableta 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
REVCovi INYECCIÓN 2.4 MG/1.5 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
REZDIFFRA TABLETA 100 MG; 60 MG; 80 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>sapropterin dihydrochloride paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>sapropterin dihydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
SIGNIFOR INYECCIÓN 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
<i>sodium phenylbutyrate polvo 3 g/cdta.</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>sodium phenylbutyrate tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
SOMATULINE DEPOT INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML, 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
SOMAVERT INYECCIÓN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
<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 5	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>tolvaptan (genérico de Jynarque) tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
WEGOVY INYECCIÓN 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (2 ML por 28 días) PA
WEGOVY INYECCIÓN 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (3 ML por 28 días) PA MO
WEGOVY TABLETA 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) PA MO
zelvysia paquete 100 mg, 500 mg	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
AGENTES AGLUTINANTES DEL FOSFATO		
calcium acetate cápsula 667 mg	\$0 para el Nivel 3	QL (360 EA por 30 días) B/D MO
sevelamer carbonate tableta 800 mg	\$0 para el Nivel 4	QL (540 EA por 30 días) B/D MO
PROGESTINAS		
gallifrey tableta 5 mg	\$0 (Nivel 2)	
medroxyprogesterone acetate tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	MO
megestrol acetate suspensión 40 mg/ml	\$0 para el Nivel 3	MO
megestrol acetate suspensión 625 mg/5 ml	\$0 para el Nivel 4	MO
norethindrone acetate tableta 5 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
progesterone cápsula 100 mg, 200 mg	\$0 (Nivel 2)	MO
progesterone inyección 50 mg/ml	\$0 para el Nivel 4	MO
AGENTES TIROIDEOS		
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	\$0 (Nivel 1)	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/ML, 500 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 4	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 200 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 5	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 5	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 (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 (Nivel 1)	MO
<i>liomny tableta 25 µg, 50 µg, 5 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>liothyronine sodium inyección 10 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	
<i>liothyronine sodium tableta 25 µg, 50 µg, 5 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methimazole tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propylthiouracil tableta 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>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</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>unithroid tableta 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 300 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D		
<i>calcitriol cápsula 0.25 µg, 0.5 µg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>calcitriol inyección 1 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>calcitriol oral solución 1 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>doxercalciferol inyección 4 µg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>paricalcitol cápsula 1 µg, 2 µg, 4 µg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>paricalcitol inyección 2 µg/ml, 5 µg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
GASTROINTESTINALES		
ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant cápsula paq. de tratamiento</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aprepitant cápsula paq. de tratamiento 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>aprepitant cápsula 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	B/D MO
<i>compro supositorio 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
DIMENHYDRINATE INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>dronabinol cápsula 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>granisetron hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) B/D MO
<i>meclizine hcl tableta 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>meclizine hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>meclizine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>metoclopramide hcl solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metoclopramide hydrochloride inyección 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metoclopramide hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ondansetron hcl solución 4 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (900 ML por 30 días) B/D MO
<i>ondansetron hcl tableta 24 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>ondansetron hydrochloride inyección 40 mg/20 ml, 4 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>ondansetron hydrochloride tableta 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>ondansetron tabs. bucodispersables que se desintegran 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>prochlorperazine edisylate inyección 10 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>prochlorperazine maleate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO; HRM
<i>prochlorperazine supositorio 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM
<i>promethazine hcl inyección 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>promethazine hcl supositorio 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride solución simple 6.25 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride solución 6.25 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>promethazine hydrochloride supositorio 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride tableta 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>promethegan supositorio 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA; HRM
<i>scopolamine parche 72 horas 1 mg/3 días</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (10 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimethobenzamide hydrochloride cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride cápsula 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride inyección 10 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride tableta 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO; HRM
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml, 0.4 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml, 1 mg/5 ml, 4 mg/20 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>glycopyrrolate tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methscopolamine bromide tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2		
<i>cimetidine tableta 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>famotidine premixed inyección 0.4 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 4	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>famotidine inyección 200 mg/20 ml, 20 mg/2 ml, 40 mg/4 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>famotidine suspensión reconstituida 40 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>famotidine tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nizatidine cápsula 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium cápsula 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>budesonide er tableta de liberación prolongada 24 horas 9 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>budesonide cápsula partículas de liberación retardada 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>hydrocortisone enema 100 mg/60 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>mesalamine dr cápsula de liberación retardada 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>mesalamine dr tableta de liberación retardada 1.2 g, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>mesalamine enema 4 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>mesalamine kit 4 g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>mesalamine supositorio 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sulfasalazine tableta de liberación retardada 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sulfasalazine tableta 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
LAXANTES		
<i>CLENPIQ SOLUCIÓN 12 G/175 ML; 3.5 G/175 ML, 10 MG/175 ML</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>constulose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>enuose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>gavilyte-c solución reconstituida 240 g; 2.98 g; 6.72 g; 5.84 g; 22.72 g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>gavilyte-g solución reconstituida 236 g; 2.97 g; 6.74 g; 5.86 g; 22.74 g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gavilyte-n/paquete saborizado solución reconstituida 420 g; 1.48 g; 5.72 g; 11.2 g</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>generlac solución 10 g/15 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>kristalose paquete 10 g, 20 g</i>	\$0 para el Nivel 4	PA
<i>lactulose paquete 20 g</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>lactulose paquete 10 g</i>	\$0 para el Nivel 5	PA MO
<i>lactulose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>peg-3350/electrolytes solución reconstituida 236 g; 2.97 g; 6.74 g; 5.86 g; 22.74 g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solución reconstituida 420 g; 1.48 g; 5.72 g; 11.2 g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
PLENVU SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 7.54 G; 140 G; 2.2 G; 48.11 G; 5.2 G; 9 G	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate solución 1.6 g/177 ml; 3.13 g/177 ml; 17.5 g/177 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
SUTAB TABLETA 225 MG; 188 MG; 1479 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
VARIOS		
<i>alosetron hydrochloride tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>bismuth subcitrate pot/metronidazole/tetracycline hydrochlo cápsula 140 mg; 125 mg; 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	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 3	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cromolyn sodium concentrado 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate tableta 0.025 mg; 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO; HRM
LINZESS CÁPSULA 145 MG, 290 MG, 72 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>loperamide hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lubiprostone cápsula 24 µg, 8 µg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>misoprostol tableta 100 µg, 200 µg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
MOVANTIK TABLETA 25 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
MOVANTIK TABLETA 12.5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sucralfate suspensión 1 g/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sucralfate tableta 1 g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
TALICIA CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 250 MG; 10 MG; 12.5 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (336 EA por 365 días) MO
<i>ursodiol cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>ursodiol tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
VOQUEZNA DUAL PAQ. DE TRATAMIENTO 500 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (224 EA por 365 días) PA MO
VOQUEZNA TRIPLE PAQUETE DE TRATAMIENTO 500 MG; 500 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 4	QL (224 EA por 365 días) PA MO
VOWST CÁPSULA	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
XERMELO TABLETA 250 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
XIFAXAN TABLETA 550 MG	\$0 para el Nivel 3	PA MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZENPEP CÁPSULA PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA 14000 UNIDADES; 3000 UNIDADES; 10000 UNIDADES, 24000 UNIDADES; 5000 UNIDADES; 17000 UNIDADES; 42000 UNIDADES; 10000 UNIDADES; 32000 UNIDADES, 63000 UNIDADES; 15000 UNIDADES; 47000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 4	MO
ZENPEP CÁPSULA PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA 105000 UNIDADES; 25000 UNIDADES; 79000 UNIDADES, 168000 UNIDADES; 40000 UNIDADES; 126000 UNIDADES; 252600 UNIDADES; 60000 UNIDADES; 189600 UNIDADES, 84000 UNIDADES; 20000 UNIDADES; 63000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 5	MO
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>esomeprazole magnesium cápsula de liberación retardada 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole sodium inyección 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada 15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada 30 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (42 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole dr cápsula de liberación retardada 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole cápsula de liberación retardada 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium inyección 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación retardada 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rabeprazole sodium tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	--	---

GENITOURINARIOS***HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA***

<i>alfuzosin hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride cápsula 0.5 mg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride cápsula 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>finasteride tableta 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>silodosin cápsula 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>tadalafil (Cialis genérico) tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>tamsulosin hydrochloride cápsula 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO

VARIOS

<i>acetic acid 0.25 % solución 0.25 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bethanechol chloride tableta 10 mg, 25 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
FILSPARI TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
FILSPARI TABLETA 400 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>potassium citrate er tableta de liberación retardada 540 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>potassium citrate er tableta de liberación prolongada 1080 mg, 15 meq</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
TARPEYO CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 4 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (120 EA por 30 días) PA; LD

ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS

<i>fesoterodine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
GEMTESA TABLETA 75 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirabegron er suspensión reconstituida er 8 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (300 ML por 28 días)
<i>mirabegron er tableta de liberación prolongada 24 horas 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxybutynin chloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride tableta 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>solifenacin succinate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tropium chloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tropium chloride tableta 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metronidazole gel vaginal 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>miconazole 3 supositorio 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>terconazole crema 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>terconazole supositorio 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate cápsula 110 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dabigatran etexilate cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS PAQ. INICIAL DE TRATAMIENTO 5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (74 EA por 30 días) MO
ELIQUIS CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 0.15 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (56 EA por 21 días)

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 0.5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (588 EA por 29 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 1.5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (591 EA por 29 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 2 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (592 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLETA 2.5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABLETA 5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (74 EA por 30 días) MO
<i>enoxaparin sodium inyección 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 300 mg/3 ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>fondaparinux sodium inyección 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>fondaparinux sodium inyección 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
HEPARIN SODIUM/D5W INYECCIÓN 5 %; 100 UNIDADES/ML, 5 %; 25000 UNIDADES/500 ML, 5 %; 40 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 4	
HEPARIN SODIUM/ DEXTROSE INYECCIÓN 5 %; 25000 UNIDADES/250 ML	\$0 para el Nivel 4	
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 % INYECCIÓN 12500 UNIDADES/250 ML; 0.45 %, 25000 UNIDADES/250 ML; 0.45 %	\$0 para el Nivel 3	
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 25000 UNIDADES/250 ML; 0.45 %, 25000 UNIDADES/500 ML; 0.45 %	\$0 para el Nivel 3	
HEPARIN SODIUM INYECCIÓN 5000 UNIDADES/0.5 ML, 5000 UNIDADES/ ML PF	\$0 para el Nivel 3	
<i>heparin sodium inyección 10000 unidades/ml, 1000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/0.5 ml pf, 5000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 3	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 (Nivel 1)	
<i>rivaroxaban suspensión reconstituida 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (620 ML por 30 días) MO
<i>rivaroxaban tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>warfarin sodium tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
XARELTO PAQ. INICIAL TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 15 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (51 EA por 30 días) MO
XARELTO SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 3	QL (620 ML por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 2.5 MG	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO		
LEUKINE INYECCIÓN 250 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
PROCRIT INYECCIÓN 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 3	PA; ACS
PROCRIT INYECCIÓN 20000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
ZARXIO INYECCIÓN 300 MG/0.5 ML, 480 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
VARIOS		
ALVAIZ TABLETA 54 MG, 9 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
ALVAIZ TABLETA 18 MG, 36 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>anagrelide hydrochloride cápsula 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
BERINERT INYECCIÓN 500 UNIDADES	\$0 para el Nivel 5	QL (24 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>cilostazol tableta 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DOPTLET CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 10 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
DOPTLET TABLETA 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
DROXIA CÁPSULA 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 para el Nivel 4	MO
HAEGARDA INYECCIÓN 3000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 5	QL (20 EA por 30 días) PA; ACS LD
HAEGARDA INYECCIÓN 2000 UNIDADES	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>icatibant acetate inyección 30 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (27 ML por 30 días) PA; ACS
<i>l-glutamine paq. 5 g</i>	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS
<i>pentoxifylline er tableta de liberación prolongada 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
SIKLOS TABLETA 100 MG	\$0 para el Nivel 4	PA MO
SIKLOS TABLETA 1000 MG	\$0 para el Nivel 5	PA MO
TAVNEOS CÁPSULA 10 MG	\$0 para el Nivel 5	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 4	
<i>tranexamic acid inyección 1000 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>tranexamic acid tableta 650 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	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 4	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>clopidogrel tableta 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>clopidogrel tableta 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (2 EA por 365 días) MO
<i>prasugrel hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ticagrelor tableta 60 mg, 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

AGENTES INMUNOLÓGICOS**AGENTES AUTOINMUNITARIOS**

ADALIMUMAB-BWWD INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
BIMZELX INYECCIÓN 160 MG/ML, 320 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
DUPIXENT INYECCIÓN 200 MG/1.14 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (4.56 ML por 28 días) PA; ACS
DUPIXENT INYECCIÓN 300 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
EBGLYSS INYECCIÓN 250 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (40 ML por 365 días) PA; ACS LD
ENBREL MINI INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL SURECLICK INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML, 50 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENTYVIO PEN INYECCIÓN 108 MG/0.68 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1.36 ML por 28 días) PA; ACS LD
HADLIMA PUSHTOUCH INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA PUSHTOUCH INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (44.8 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (44.8 ML por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 10 MG/0.1 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (26 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 20 MG/0.2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (52 EA por 365 días) PA; ACS
KINERET INYECCIÓN 100 MG/0.67 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (18.76 ML por 28 días) PA; LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OTEZLA XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 75 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
OTEZLA/OTEZLA XR PAQ. DE INICIACIÓN DE TRATAMIENTO DE 28 DÍAS, TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 10 MG; 20 MG; 30 MG; 75 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (82 EA por 365 días) PA; ACS
OTEZLA TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 10 MG; 20 MG; 30 MG, 10 MG; 20 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (110 EA por 365 días) PA; ACS
OTEZLA TABLETA 20 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
RINVOQ LQ SOLUCIÓN 1 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (360 ML por 30 días) PA; ACS
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 45 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (168 EA por 365 días) PA; ACS
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 15 MG, 30 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
SKYRIZI PEN INYECCIÓN 150 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 180 MG/1.2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1.2 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 600 MG/10 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (120 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 55 MG/0.37 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2.22 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 360 MG/2.4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2.4 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 150 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tofacitinib citrate er tableta de liberación prolongada 24 horas 11 mg, 22 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>tofacitinib citrate solución 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (480 ML por 24 días) PA; ACS
<i>tofacitinib citrate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
TREMFYA PAQ. DE INDUCCIÓN PARA ENFERMEDAD DE CROHN/COLITIS ULCEROSA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA PEN INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/20 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (20 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIÓN 162°MG/0.9°ML	\$0 para el Nivel 5	QL (3.6 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIÓN 200 MG/10 ML, 400 MG/20 ML, 80 MG/4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (40 ML por 28 días) PA; ACS
VELSIPITY TABLETA 2 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
YESINTEK INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
ZYMFENTRA 2-PEN INYECCIÓN 120 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS
ZYMFENTRA INYECCIÓN CON 2 JERINGAS 120 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)		
<i>hydroxychloroquine sulfate tableta 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JYLAMVO SOLUCIÓN 2 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>leflunomide tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methotrexate sodium tableta 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
XATMEP SOLUCIÓN 2.5 MG/ML	\$0 para el Nivel 4	MO
INMUNOGLOBULINAS		
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 5	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 5	PA; ACS LD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE INYECCIÓN 100 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
ARCALYST INYECCIÓN 220 MG	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
INMUNOSUPRESORES		
AZATHIOPRINE INYECCIÓN 100 MG	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>azathioprine tableta 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
BENLYSTA INYECCIÓN 200 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
<i>cyclosporine modified cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>cyclosporine modified solución 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>cyclosporine cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
ENVARUS XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>everolimus tableta 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>everolimus tableta 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	B/D MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gengraf cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>mycophenolate mofetil cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil inyección 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil suspensión reconstituida 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 5	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	B/D MO
<i>mycophenolic acid dr tableta de liberación retardada 180 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
NULOJIX INYECCIÓN 250 MG	\$0 para el Nivel 5	B/D
PROGRAF PAQ. 0.2 MG, 1 MG	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
REZUROCK TABLETA 200 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
<i>sirolimus solución 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>sirolimus tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
<i>tacrolimus er cápsula de liberación prolongada 24 horas 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 3	B/D
<i>tacrolimus er cápsula de liberación prolongada 24 horas 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D
<i>tacrolimus cápsula 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
VACUNAS		
ABRYSVO INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (1 EA por 999 días) PA
ACTHIB INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
ADACEL INYECCIÓN 2 LF/0.5 ML; 15.5 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
AREXVY INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (1 EA por 999 días) PA

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BCG VACUNA INYECCIÓN 50 MG	\$0 (Nivel 1)	
BEXSERO INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX INYECCIÓN 2.5 LF/0.5 ML; 18.5 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
DAPTACEL INYECCIÓN 15 LF/0.5 ML; 23 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
DENG VAXIA INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
ENGERIX-B INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
GARDASIL 9 INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
HAVRIX INYECCIÓN 1440 UNIDADES/ ML, 720 ELU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
HEPLISAV-B INYECCIÓN 20 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
HIBERIX INYECCIÓN 10 MG	\$0 (Nivel 1)	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INYECCIÓN 2.5 UNIDADES/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
INFANRIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
IPOL INACTIVADA IPV INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
IXIARO INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
JYNNEOS INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
KINRIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
M-M-R II INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
MENQUADFI INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
MRESVIA INYECCIÓN 50 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 3	QL (0.5 ML por 999 días) PA
PEDIARIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 10 MG/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
PEDVAXHIB INYECCIÓN 7.5 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
PENBRAYA INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
PENMENVY INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PENTACEL INYECCIÓN 15 LFU/0.5 ML; 48 MG/0.5 ML; 5 LFU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
PRIORIX INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
PROQUAD INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL INYECCIÓN 15 LFU/0.5 ML; 48 MG/0.5 ML; 5 LFU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
RABAVERT INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INYECCIÓN 10 MG/ML, 40 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
ROTARIX SUSPENSIÓN	\$0 (Nivel 1)	
ROTATEQ SOLUCIÓN	\$0 (Nivel 1)	
SHINGRIX JERINGA PRECARGADA INYECTABLE 50 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1 ML por 999 días)
SHINGRIX AMPOLLA INYECCIÓN 50 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 999 días)
TENIVAC INYECCIÓN 2 LFU; 5 LFU	\$0 (Nivel 1)	
TICOVAC INYECCIÓN 1.2 MG/0.25 ML, 2.4 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
TRUMENBA INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
TWINRIX INYECCIÓN 720 ELU/ML; 20 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
VAQTA INYECCIÓN 25 UNIDADES/0.5 ML, 50 UNIDADES/ML	\$0 (Nivel 1)	
VARIVAX INYECCIÓN 1350 PFU/0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
VAXCHORA SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 (Nivel 1)	
VIMKUNYA INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 para el Nivel 3	
VIVOTIF CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	\$0 (Nivel 1)	MO
YF-VAX INYECCIÓN	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el 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 3	
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 % INYECCIÓN 10 %; 0.2 %	\$0 para el Nivel 4	
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 10 %; 0.45 %	\$0 para el Nivel 4	
DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 2.5 %; 0.45 %	\$0 para el Nivel 4	
DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS INYECCIÓN 2.7 MEQ/L; 109 MEQ/L; 5 %; 28 MEQ/L; 4 MEQ/L; 130 MEQ/L	\$0 para el Nivel 4	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 % INYECCIÓN 5 %; 0.2 %	\$0 para el Nivel 4	
<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 % inyección</i> 5 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 4	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.33 % INYECCIÓN 5 %; 0.33 %	\$0 para el Nivel 4	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 0.45 %	\$0 para el Nivel 4	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 % INYECCIÓN 5 %; 0.9 %	\$0 para el Nivel 4	
<i>dextrose/sodium chloride inyección 5 %;</i> 0.225 %	\$0 para el Nivel 4	
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 4	
ISOLYTE-S PH 7.4 INYECCIÓN 27 MEQ/1000 ML; 98 MEQ/1000 ML; 23 MEQ/1000 ML; 3 MEQ/1000 ML; 1 MEQ/1000 ML; 5 MEQ/1000 ML; 141 MEQ/1000 ML	\$0 para el Nivel 4	B/D

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 4	B/D
<i>kcl 0.075 %/d5w/nacl 0.45 % inyección 5 %; 10 meq/l; 0.45 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>kcl 0.15 %/d5w/nacl 0.2 % inyección 5 %; 20 meq/l; 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>kcl 0.15 %/d5w/nacl 0.45 % inyección 5 %; 20 meq/l; 0.45 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>kcl 0.15 %/d5w/nacl 0.9 % inyección 5 %; 20 meq/l; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>kcl 0.3 %/d5w/nacl 0.45 % inyección 5 %; 40 meq/l; 0.45 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>kcl 0.3 %/d5w/nacl 0.9 % inyección 5 %; 40 meq/l; 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>lactated ringers inyección 3 meq/l; 109 meq/l; 28 meq/l; 4 meq/l; 130 meq/l</i>	\$0 para el Nivel 4	
MAGNESIUM SULFATE INYECCIÓN 20 G/500 ML, 40 G/1000 ML	\$0 para el Nivel 4	
<i>magnesium sulfate inyección 2 g/50 ml, 3 g/100 ml, 4 g/100 ml, 4 g/50 ml, 50 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>inyección de electrolitos múltiples tipo 1: 27 meq/l, 98 meq/l, 23 meq/l, 3 meq/l, 5 meq/l, 140 meq/l</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>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 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>potassium chloride/dextrose inyección 5 %; 10 meq/l, 5 %; 20 meq/l</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>potassium chloride/sodium chloride inyección 20 meq/l; 0.45 %, 20 meq/l; 0.9 %, 40meq/l; 0.9% chloride/sodium chloride</i>	\$0 para el Nivel 4	

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 4	
<i>potassium chloride inyección 2 meq/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
RINGERS INYECCIÓN 4.5 MEQ/L; 156 MEQ/L; 4 MEQ/L; 147 MEQ/L	\$0 para el Nivel 3	
<i>sodium bicarbonate inyección 4.2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>sodium bicarbonate inyección 8.4 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sodium chloride 0.45 % inyección 0.45 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 5 %	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sodium chloride inyección 4 meq/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>sodium chloride inyección 0.9 %, 2.5 meq/ml, 3 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
TPN ELECTROLYTES INYECCIÓN 29.5 MEQ/20 ML; 4.5 MEQ/20 ML; 35 MEQ/20 ML; 5 MEQ/20 ML; 20 MEQ/20 ML; 35 MEQ/20 ML	\$0 para el Nivel 4	B/D
ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL		
<i>effer-k tableta efervescente 25 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fluoride tableta masticable 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>klor-con 10 tableta de liberación prolongada 10 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>klor-con 8 tableta de liberación prolongada 8 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>klor-con m10 tableta de liberación prolongada 10 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>klor-con m15 tableta de liberación prolongada 15 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 3	MO
NUTRICIÓN INTRAVENOSA		
AMINOSYN II INYECCIÓN 10 %, 15 %	\$0 para el Nivel 4	B/D
AMINOSYN-PF INYECCIÓN 7 %	\$0 para el Nivel 4	B/D
AMINOSYN-PF INYECCIÓN 10 %	\$0 para el Nivel 4	B/D
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 10 % INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 4	B/D
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 5 % INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 4	B/D
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 15 % INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 4	B/D
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 20 % INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 4	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 4	B/D
CLINIMIX 8/10 INYECCIÓN 1656 MG/100 ML; 920 MG/100 ML; 10 G/100 ML; 824 MG/100 ML; 384 MG/100 ML; 480 MG/100 ML; 584 MG/100 ML; 464 MG/100 ML; 320 MG/100 ML; 448 MG/100 ML; 544 MG/100 ML; 400 MG/100 ML; 336 MG/100 ML; 144 MG/100 ML; 32 MG/100 ML; 464 MG/100 ML	\$0 para el Nivel 4	B/D

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 4	B/D
<i>clinisol sf inyección 15 %</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
CLINOLIPID INYECCIÓN 1.2 G/100 ML; 2.25 G/100 ML; 16 G/100 ML; 4 G/100 ML	\$0 para el Nivel 3	B/D
<i>dextrose 10 % inyección 10 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
DEXTROSE 30 % INYECCIÓN 30 %	\$0 para el Nivel 3	B/D
<i>dextrose 5 % inyección 5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DEXTROSE 50 % INYECCIÓN 50 %	\$0 para el Nivel 3	B/D
DEXTROSE 70 % INYECCIÓN 70 %	\$0 para el Nivel 3	B/D
DEXTROSE INYECCIÓN 20 %, 40 %	\$0 para el Nivel 3	B/D
GLUCOSE (DEXTROSE) 50 % INYECCIÓN 50 %	\$0 para el Nivel 3	B/D
NUTRILIPID INYECCIÓN 20 G/100 ML	\$0 para el Nivel 3	B/D
<i>plenamine inyección 15 %</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 5	B/D
PROSOL INYECCIÓN 20 %	\$0 para el Nivel 4	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 4	B/D
TROPHAMINE INYECCIÓN 10 %	\$0 para el Nivel 4	B/D

OFTÁLMICO**ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS**

<i>loteprednol etabonate/tobramycin suspensión 0.5 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone pomada 400 unidades/g; 1 %; 0.5 %; 10000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone pomada 0.1 %; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone suspensión 0.1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspensión oftálmica 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate solución 0.23 %; 10 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
TOBRADEX ST SUSPENSIÓN 0.05 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 3	MO
TOBRADEX POMADA 0.1 %; 0.3 %	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>tobramycin/dexamethasone suspensión 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
ANTIINFECCIOSOS		
<i>bacitracin/polymyxin b pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bacitracin pomada 500 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
BESIFLOXACIN HYDROCHLORIDE SUSPENSION AL 0.6 %	\$0 para el Nivel 3	MO
BESIVANCE SUSPENSIÓN 0.6 %	\$0 para el Nivel 3	MO
CILOXAN POMADA 0.3 %	\$0 para el Nivel 3	QL (42 G por 30 días) MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>erythromycin pomada 5 mg/g</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>gatifloxacin solución 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días)
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Vigamox) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Moxeza) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (12 ML por 30 días) MO
NATACYN SUSPENSIÓN 5 %	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin pomada 400 unidades/g; 5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin solución 0.025 mg/ml; 1.75 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ofloxacin solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solución 10000 unidades/ml; 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sulfacetamide sodium solución 10 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>tobramycin solución 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>trifluridine solución 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
XDEMVI SOLUCIÓN 0.25 %	\$0 para el Nivel 5	QL (10 ML por 42 días) PA; ACS LD
ZIRGAN GEL 0.15 %	\$0 para el Nivel 4	MO
ANTIINFLAMATORIOS		
<i>bromfenac sodium solución 0.07 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>bromfenac sodium solución 0.075 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>bromfenac solución 0.09 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diclofenac sodium solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>difluprednate emulsión 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
FLAREX SUSPENSIÓN 0.1 %	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>fluorometholone suspensión 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>flurbiprofen sodium solución 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ketorolac tromethamine solución oftálmica 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
LOTEMAX SM GEL 0.38 %	\$0 para el Nivel 3	MO
LOTEMAX POMADA 0.5 %	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>loteprednol etabonate gel 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>loteprednol etabonate suspensión 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loteprednol etabonate suspensión 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>prednisolone acetate suspensión 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1 %	\$0 para el Nivel 3	MO
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl solución 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cromolyn sodium solución 4 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>epinastine hcl solución 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ZERVIAE SOLUCIÓN 0.24 %	\$0 para el Nivel 4	
ANTI GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl solución 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate solución 0.2 %; 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>brimonidine tartrate solución 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>brimonidine tartrate solución 0.15 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>brinzolamide suspensión 1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>carteolol hcl solución 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate solución 22.3 mg/ml; 6.8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf solución 2 %; 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dorzolamide hydrochloride solución 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>latanoprost solución 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levobunolol hcl solución 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LUMIGAN SOLUCIÓN 0.01 %	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>pilocarpine hcl solución 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>pilocarpine hydrochloride solución 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RHOPRESSA SOLUCIÓN 0.02 %	\$0 para el Nivel 4	MO
ROCKLATAN SOLUCIÓN 0.005 %; 0.02 %	\$0 para el Nivel 4	MO
SIMBRINZA SUSPENSIÓN 0.2 %; 1 %	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>timolol maleate gel oftálmico formador de gel solución formadora 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>timolol maleate (genérico de Timoptic) soln. 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>timolol maleate (genérico de Istalol) soln. oftálmica una vez al día 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>travoprost solución 0.004 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
VYZULTA SOLUCIÓN 0.024 %	\$0 para el Nivel 4	MO
VARIOS		
<i>atropine sulfate solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>cyclosporine emulsión 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
CYSTARAN SOLUCIÓN 0.44 %	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
EYSUVIS SUSPENSIÓN 0.25 %	\$0 para el Nivel 4	MO
MIEBO SOLUCIÓN 1.338 G/ML	\$0 para el Nivel 3	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>proparacaine hcl solución 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
RESTASIS MULTIDOSE EMULSIÓN 0.05 %	\$0 para el Nivel 3	QL (5.5 ML por 30 días) MO
RESTASIS EMULSIÓN 0.05 %	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
XIIDRA SOLUCIÓN 5 %	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
ÓTICOS		
AGENTES ÓTICOS		
<i>acetic acid solución 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ciprofloxacin hydrochloride/hydrocortisone suspensión 0.2 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride solución ótica 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 3	MO
<i>ciprofloxacin/dexamethasone suspensión 0.3 %; 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>fluocinolone acetonide aceite 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>hydrocortisone/acetic acid solución 2 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>neomycin/polymyxin/hc solución 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspensión ótica 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>ofloxacin solución ótica 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

RESPIRATORIOS**COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS/BETA AGONISTAS**

ANORO ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 62.5 MG/PULVERIZACIÓN; 25 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
BEVESPI AEROSPHERE AEROSOL 4.8 MG/PULVERIZACIÓN; 9 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 3	QL (10.7 G por 30 días) MO
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160 MG/PULVERIZACIÓN; 4.8 MG/PULVERIZACIÓN; 18 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 3	QL (10.7 G por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160 MG/PULVERIZACIÓN; 4.8 MG/PULVERIZACIÓN; 9 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 3	QL (10.7 G por 30 días) MO
COMBIVENT RESPIMAT SOLUCIÓN EN AEROSOL 100 MG/PULVERIZACIÓN; 20 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 4	QL (8 G por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate solución 2.5 mg/3 ml; 0.5 mg/3 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/PULVERIZACIÓN; 62.5 MG/PULVERIZACIÓN; 25 MG/PULVERIZACIÓN, 200 MG/INH; 62.5 MG/INH; 25 MG/INH	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA SOLUCIÓN EN AEROSOL 17 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 4	QL (25.8 G por 30 días) MO
INCRUSE ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 62.5 MG/INH	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide solución para inhalación 0.02 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>ipratropium bromide solución nasal 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 28 días) MO
<i>ipratropium bromide solución nasal 0.06 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (45 ML por 30 días) MO
SPIRIVA RESPIMAT SOLUCIÓN EN AEROSOL 1.25 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 4	QL (4 G por 30 días) MO
ANTIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hydrochloride solución 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 25 días) MO
CARBINOXAMINE MALEATE ER SUSPENSIÓN DE LIBERACIÓN PROLONGADA 4 MG/5 ML	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>cetirizine hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>clemastine fumarate tableta 2.68 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>cycloheptadine hcl jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>cycloheptadine hydrochloride tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO; HRM
<i>desloratadine tab. bucodispersable que se desintegra 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>desloratadine tableta 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>diphenhydramine hydrochloride inyección 50 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO; HRM

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA AEROSOL 45 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 3	QL (30 G por 30 días) MO
<i>levalbuterol solución de nebulización 1.25 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
SEREVENT DISKUS AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 50 MG/DOSIS	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>terbutaline sulfate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>terbutaline sulfate tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium paquete 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium tableta masticable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium tableta 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zafirlukast tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine solución para inhalación 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>aminophylline inyección 25 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>cromolyn sodium solución de nebulización 20 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>epinephrine inyección 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (2 EA por 30 días) MO
FASENRA PEN INYECCIÓN 30 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD
FASENRA INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS LD
FASENRA INYECCIÓN 30 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD
<i>nintedanib esylate cápsula 100 mg, 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INYECCIÓN DE NUCALA 40 MG/0,4 ML	\$0 para el Nivel 5	QL (0.4 ML por 28 días) PA; ACS LD
NUCALA INYECCIÓN 100 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (3 EA por 28 días) PA; ACS LD
NUCALA INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 para el Nivel 5	QL (3 ML por 28 días) PA; ACS LD
OFEV CÁPSULA 100 MG, 150 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>pirfenidone cápsula 267 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tableta 267 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tableta 534 mg, 801 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
PROLASTIN-C INYECCIÓN 1000 MG/20 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; LD
PULMOZYME SOLUCIÓN 2.5 MG/2.5 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD
<i>roflumilast tableta 250 µg, 500 µg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 12 horas 300 mg, 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>theophylline solución 80 mg/15 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
TRIKAFTA TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 100 MG; 75 MG; 50 MG, 50 MG; 37.5 MG; 25 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
TRIKAFTA PAQ. DE TRATAMIENTO 100 MG; 75 MG; 50 MG, 80 MG; 60 MG; 40 MG	\$0 para el Nivel 5	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
XOLAIR INYECCIÓN 150 MG/ML, 150 MG, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 5	PA; ACS LD

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESTEROIDES NASALES		
<i>flunisolide solución 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate suspensión 50 µg/ pulverización</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (16 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate suspensión 50 µg/ pulverización</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (34 G por 30 días) MO
XHANCE SUSPENSIÓN PARA EXHALADOR 93 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 4	QL (32 ML por 30 días) PA MO
INHALANTES ESTEROIDEOS		
ALVESCO SOLUCIÓN EN AEROSOL 160 MG/PULVERIZACIÓN, 80 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 4	QL (12.2 G por 30 días) MO
ARNUITY ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/PULVERIZACIÓN; 200 MG/PULVERIZACIÓN; 50 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 3	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>budesonide suspensión 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 4	B/D MO
COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ESTEROIDES		
AIRSUPRA AEROSOL 90 MG/PULVERIZACIÓN; 80 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 3	QL (32.1 G por 30 días) MO
BREO ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/PULVERIZACIÓN; 25 MG/PULVERIZACIÓN, 200 MG/INH; 25 MG/INH, 50 MG/INH; 25 MG/INH	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate aerosol 160 µg/pulverización; 4.5 µg/pulverización 80 µg/pulverización; 4.5 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (10.2 G por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DULERA AEROSOL 5 MG/ PULVERIZACIÓN; 100 MG/ PULVERIZACIÓN, 5 MG/ PULVERIZACIÓN; 200 MG/ PULVERIZACIÓN, 5 MG/ PULVERIZACIÓN; 50 MG/ PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 4	QL (13 G por 30 días) MO
FLUTICASONE FUROATE/VILANTEROL ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/INH; 25 MG/ INH, 200 MG/INH; 25 MG/INH	\$0 para el Nivel 3	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i> (Advair Diskus genérico) aerosol polvo activado para el aliento 100 µg/pulverización; 50 µg/pulverización, 250 µg/pulverización; 50 µg/pulverización, 500 µg/pulverización, 50 µg/pulverización	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
FLUTICASONE PROPIONATE/ SALMETEROL HFA (ADVAIR HFA GENÉRICO) AEROSOL 115 MG/ PULVERIZACIÓN; 21 MG/ PULVERIZACIÓN, 230 MG/ PULVERIZACIÓN; 21 MG/ PULVERIZACIÓN, 45 MG/ PULVERIZACIÓN; 21 MG/ PULVERIZACIÓN	\$0 para el Nivel 4	QL (12 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol</i> <i>polvo activado para el aliento 500 µg/ pulverización; 50 µg/pulverización</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>wixela inhub aerosol polvo activado para</i> <i>el aliento 100 µg/pulverización; 50 µg/ pulverización, 250 µg/pulverización; 50 µg/ pulverización, 500 µg/pulverización; 50 µg/ pulverización</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO

TÓPICO**DERMATOLOGÍA, ACNÉ**

<i>accutane cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA
--	------------------------	----

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amnesteem cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA
<i>claravis cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA
<i>clindacin espuma 1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (100 G por 30 días)
<i>clindamycin phosphate (una vez al día) gel frasco al 1%.</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate (dos veces al día) gel tubo al 1%.</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate espuma 1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate loción 1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate solución tópica 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>ery apósito 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>erythromycin/benzoyl peroxide gel 5 %; 3 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>erythromycin gel 2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>erythromycin solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	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 4	PA
<i>sulfacetamide sodium loción 10 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>tretinoin crema 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>tretinoin gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>zenatane cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
<i>gentamicin sulfate crema 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate pomada 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mupirocin crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mupirocin pomada 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (22 G por 30 días) MO
<i>silver sulfadiazine crema 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
SSD CREMA 1 %	\$0 para el Nivel 3	
SULFAMYLON CREMA 85 MG/G	\$0 para el Nivel 4	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIMICÓTICOS		
<i>ciclopirox nail lacquer solución 8 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (6.6 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox olamine crema 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox gel 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox champú 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox suspensión 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crema 0.05 %; 1 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole crema 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole solución 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>econazole nitrate crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (85 G por 30 días) MO
ERTACZO CREMA 2 %	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole crema 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole champú 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ketodan espuma 2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (100 G por 30 días)
<i>klayesta polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 G por 30 días)
<i>nyamyc polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 G por 30 días)
<i>nystatin crema 100000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin pomada 100000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>nystop polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 G por 30 días)

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>selenium sulfide loción 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin cápsula 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	PA MO
<i>calcipotriene crema 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene pomada 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene solución 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 ML por 30 días) PA MO
<i>calcitrene pomada 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) PA MO
CALCITRIOL POMADA 3 MG/G	\$0 para el Nivel 4	QL (800 G por 28 días) PA MO
<i>methoxsalen cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 5	MO
<i>tazarotene crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>tazarotene crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>tazarotene gel 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (100 G por 30 días) PA MO
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort crema 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>alclometasone dipropionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>alclometasone dipropionate pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented crema 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented loción 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

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

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinolone acetonide crema 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide pomada 0.025 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide solución 0.01 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluocinonide emulsified base crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide gel 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate crema 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate pomada 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate crema 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate pomada 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (50 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone valerate pomada 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hydrocortisone crema 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone loción 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone pomada 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hydrocortisone pomada 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate crema 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate pomada 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate solución 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide crema 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>triamcinolone acetonide crema 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (454 G por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide loción 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 ML por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (15 G por 30 días) MO
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine/prilocaine crema 2.5 %; 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (30 G por 30 días) MO
<i>lidocaine pomada 5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (35.44 G por 30 días) PA MO
<i>lidocaine parche 5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>lidocan parche 5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (90 EA por 30 días) PA
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>ammonium lactate crema 12 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ammonium lactate loción 12 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>azelaic acid gel 15 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (50 G por 30 días) MO
<i>bexarotene gel 1 %</i>	\$0 para el Nivel 5	QL (60 G por 30 días) PA; ACS
<i>diclofenac sodium solución tópica 1.5 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (300 ML por 28 días) MO
<i>doxepin hydrochloride crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (45 G por 30 días) PA MO
EUCRISA POMADA 2 %	\$0 para el Nivel 4	QL (120 G por 30 días) PA MO
FLUOROURACIL CREMA 0.5 %	\$0 para el Nivel 5	QL (30 G por 30 días) PA MO
<i>fluorouracil crema 5%</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (40 G por 30 días) MO
<i>fluorouracil solución 2 %, 5 %</i>	\$0 para el Nivel 3	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone perianal crema 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hydrocortisone perianal crema 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>imiquimod crema 5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (24 EA por 30 días) MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metronidazole crema 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metronidazole gel 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>metronidazole gel 1%</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>metronidazole loción 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nitroglycerin rectal pomada 0.4 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 G por 30 días) MO
PANRETIN GEL 0.1 %	\$0 para el Nivel 5	QL (60 G por 30 días) PA
<i>pimecrolimus crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (100 G por 30 días) MO
<i>podofilox solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>procto-med hc crema 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días)
<i>proctocort crema 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>proctosol hc crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 G por 30 días)
<i>proctozone-hc crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (30 G por 30 días)
<i>tacrolimus pomada 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	QL (60 G por 30 días) MO
VALCHLOR GEL 0.016 %	\$0 para el Nivel 5	QL (60 G por 30 días) PA; LD
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
<i>malathion loción 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>permethrin crema 5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS		
SANTYL POMADA 250 UNIDADES/G	\$0 para el Nivel 4	QL (180 G por 30 días) PA MO
<i>sodium chloride 0.9 % solución 0.9 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES DENTALES/FARÍNGEOS/BUCALES		
<i>cevimeline hydrochloride cápsula 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>chlorhexidine gluconate solución 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clinpro 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>clotrimazole past. para chup. 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>dentagel gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>fluoridex daily defense pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 4	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 4	
<i>fluorimax 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>just right 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	
<i>kourzeq pasta 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lidocaine hydrochloride viscous solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>lidocaine viscous solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>nystatin suspensión 100000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>oralone pasta dental 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>periogard solución 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pilocarpine hydrochloride tableta 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sf gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium fluoride 5000 ppm sequedad bucal gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm pasta 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
SODIUM FLUORIDE/POTASSIUM NITRATE/SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 para el Nivel 4	
<i>sodium fluoride gel 1.1 %</i>	\$0 para el Nivel 4	MO
<i>triamcinolone acetonide pasta dental 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NO CUBIERTO POR LA PARTE D DE MEDICARE		
<i>No cubierto por la Parte D de Medicare</i>		
<i>4x probiotic tableta</i>	\$0	*
<i>acetaminophen cápsula 500 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophenacetaminophen er 8 horas</i>	\$0	*
<i>arthritis pain relief tableta de liberación prolongada 650 mg</i>		
<i>acetaminophen extra strength líquido 500 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen extra strength tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen líquido 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen solución 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen supositorio 120 mg, 325 mg, 650 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen suspensión 325 mg/10.15 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen tableta masticable 80 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen/aspirin/cafeine tableta 250 mg; 250 mg; 65 mg</i>	\$0	*
<i>acid gone suspensión 95 mg/15 ml; 358 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>acidophilus lactobacilli cápsula</i>	\$0	*
<i>acidophilus probiotic blend cápsula</i>	\$0	*
<i>acidophilus tableta masticable</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acidophilus with bifidus tableta masticable</i>	\$0	*
<i>acidophilus/bacillus coagulans extra strength tableta 4.17 mg; 2.92 mg</i>	\$0	*
<i>acidophilus/citrus pectin tableta</i>	\$0	*
<i>acidophilus/pectin cápsula</i>	\$0	*
<i>activnutrients tableta masticable 62.5 mg; 37.5 µg; 12.5 mg; 12.5 µg; 12.5 µg; 0.125 mg; 85 µg; 18.75 µg; 0.75 mg; 61.5 µg; 30.75 µg; 12.5 mg; 0.125 mg; 12.5 µg; 2.5 mg; 2.5 mg; 0.625 mg; 1.25 mg; 12.5 µg; 1.25 mg; 150 µg; 3.125 µg; 8.375 mg; 3.75 µg; 3 µg; 1.875 mg</i>	\$0	*
<i>acuwash líquido</i>	\$0	*
<i>adapalene gel 0.1 %</i>	\$0	*
<i>advance intuition control solution líquido</i>	\$0	*
<i>advocate control solutionlow líquido</i>	\$0	*
<i>advocate redi-code+ control solution low líquido</i>	\$0	*
<i>agamatrix control normal solución</i>	\$0	*
<i>alahist d tableta 17.5 mg; 10 mg</i>	\$0	*
<i>albustix tira</i>	\$0	*
<i>alcohol preps apósito 70 %</i>	\$0	*
<i>align dualbiotic tableta masticable 5 mg; 1.25 mg</i>	\$0	*
<i>align jr for kids tableta masticable 10.5 mg</i>	\$0	*
<i>align kids probiotic tableta masticable 5 mg; 1.25 mg</i>	\$0	*
<i>align tableta masticable 10.5 mg</i>	\$0	*
<i>aloe vesta gel de ducha/champú líquido</i>	\$0	*
<i>aloe vesta gel de ducha/champú líquido</i>	\$0	*
<i>aluminum/magnesium/simethicone suspensión 200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 20 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>americerin crema</i>	\$0	*
<i>ammonium lactate crema 12 %</i>	\$0	*
<i>ammonium lactate loción 12 %</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>antacid & anti-gas maximum strength suspensión 800 mg/10 ml; 800 mg/10 ml; 80 mg/10 ml</i>	\$0	*
<i>antacid extra strength tableta masticable 160 mg; 105 mg</i>	\$0	*
<i>antibiotic + pain relief maximum strength crema 3.5 mg/g; 10000 unidades/g; 10 mg/g</i>	\$0	*
<i>champú anticaspa champú 1 %</i>	\$0	*
<i>aqua glycolic limpiador facial líquido</i>	\$0	*
<i>aqua glycolic champú y limpieza corporal líquido</i>	\$0	*
<i>aqua glycolic tónico líquido</i>	\$0	*
<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	*
<i>aspirin regular strength tableta de liberación retardada 325 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin supositorio 300 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin tableta masticable 81 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin tableta de liberación retardada 81 mg</i>	\$0	*
<i>assure dose normal control solución</i>	\$0	*
<i>aveeno baby calming comfort para baño líquido</i>	\$0	*
<i>aveeno baby cleansing therapy limpiador humectante líquido</i>	\$0	*
<i>aveeno baby soothing multi-purpose pomada</i>	\$0	*
<i>aveeno calm & restore limpiador líquido</i>	\$0	*
<i>aveeno daily moisturizing limpiador facial líquido</i>	\$0	*
<i>ayr nasal drops solución 0.65 %</i>	\$0	*
<i>b-12 quick dissolve tableta sublingual 1000 µg</i>	\$0	*
<i>bacid tableta</i>	\$0	*
<i>bacitracin pomada 500 unidades/g</i>	\$0	*
<i>bacitracin zinc pomada 500 unidades/g</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bacitracin/neomycin/polymyxin pomada 400 unidades/g; 5 mg/g; 5000 unidades/g</i>	\$0	*
<i>bacitracin/polymyxin pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0	*
<i>balmex multi-purpose pomada 51.1 %</i>	\$0	*
<i>benzoyl peroxide gel 10 %, 2.5 %, 5 %</i>	\$0	*
<i>benzoyl peroxide líquido 10 %</i>	\$0	*
<i>benzoyl peroxide loción 10 %, 5 %</i>	\$0	*
<i>benzoyl peroxide wash líquido 5 %</i>	\$0	*
<i>benzyl alcohol líquido</i>	\$0	*
<i>benzyl benzoate líquido</i>	\$0	*
<i>biohm childrens probiotics supplement tableta masticable</i>	\$0	*
<i>bion tears solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>bisacodyl supositorio 10 mg</i>	\$0	*
<i>bisacodyl tableta de liberación retardada 5 mg</i>	\$0	*
<i>bismuth subsalicylate tableta masticable 262 mg</i>	\$0	*
<i>boudreauxs butt bath gel de ducha y champú líquido</i>	\$0	*
<i>budesonide aerosol nasal suspensión 32 µg/ pulverización</i>	\$0	*
<i>butenafine hydrochloride crema 1 %</i>	\$0	*
<i>calamine loción 8 %; 8 %</i>	\$0	*
<i>calamine plus loción 8 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>calcium + d3 tableta 250 mg; 3 µg</i>	\$0	*
<i>calcium 500 + d tableta 500 mg; 200 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium 500 + d tableta 500 mg; 400 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium 500 + d3 high potency tableta masticable 400 unidades; 500 mg</i>	\$0	*
<i>calcium 600 + d tableta 600 mg; 400 unidades</i>	\$0	*
<i>calcium antacid extra strength tableta masticable 750 mg</i>	\$0	*
<i>calcium antacid ultra tableta masticable 1000 mg</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium carbonate suspensión 1250 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>calcium carbonate tableta 1250 mg</i>	\$0	*
<i>calcium carbonate tableta masticable 500 mg</i>	\$0	*
<i>calcium carbonate tableta masticable 500 mg</i>	\$0	*
<i>calcium citrate tableta 200 mg, 250 mg</i>	\$0	*
<i>calcium oyster shell tableta 1250 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>calcium polycarbophil tableta 625 mg</i>	\$0	*
<i>calcium tableta 1500 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0	*
<i>calcium/vitamin d tableta 600 mg; 400 unidades, 600 mg; 5 µg</i>	\$0	*
<i>capsaicin crema 0.025 %, 0.075 %, 0.1 %</i>	\$0	*
<i>capsaicin pain relief crema 0.1 %</i>	\$0	*
<i>carbamide ear drops solución 6.5 %</i>	\$0	*
<i>carboxymethylcellulose sodium solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>carboxymethylcellulose sodium gel 1 %</i>	\$0	*
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel 1 %</i>	\$0	*
<i>carboxymethylcellulose sodium solución oftálmica gotas oftálmicas solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>castor oil</i>	\$0	*
<i>castor oil stimulant laxative aceite 100 %</i>	\$0	*
<i>cerave baby pomada curativa pomada 46.5 %</i>	\$0	*
<i>cerave líquido limpiador facial espumoso 0</i>	\$0	*
<i>cerave limpiador líquido hidratante en crema a espuma</i>	\$0	*
<i>cerave limpiador facial hidratante líquido</i>	\$0	*
<i>cerave sa gel de ducha líquido</i>	\$0	*
<i>cetaphil limpiador facial líquido de uso diario</i>	\$0	*
<i>cetaphil dermacontrol lavado con espuma líquido</i>	\$0	*
<i>cetaphil limpiador suave líquido</i>	\$0	*
<i>cetaphil limpiador para piel sensible líquido</i>	\$0	*
<i>cetaphil líquido</i>	\$0	*
<i>cetaphil restoraderm líquido</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cetirizine hcl tableta 5 mg</i>	\$0	*
<i>cetirizine hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>cetirizine hydrochloride tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride tableta de liberación prolongada 12 horas 5 mg; 120 mg</i>	\$0	*
<i>chemstrip 2 ln tiras</i>	\$0	*
<i>chemstrip 9 tiras</i>	\$0	*
<i>chemstrip ugk</i>	\$0	*
<i>cherry syrup jarabe 82.3 %</i>	\$0	*
<i>chewable vitamin c tableta masticable 250 mg</i>	\$0	*
<i>children's chewable acetaminophen tableta masticable 160 mg</i>	\$0	*
<i>chlophedianol/dexchlopheniramine./ pseudoephedrine líquido 12.5 mg/5 ml; 1 mg/5 ml; 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>chloraseptic líquido 1.4 %</i>	\$0	*
<i>chlorpheniramine maleate tableta 4 mg</i>	\$0	*
<i>chlorpheniramine maleate tableta de liberación prolongada 12 mg</i>	\$0	*
<i>chocolated laxative tableta masticable 15 mg</i>	\$0	*
<i>cimetidine tableta 200 mg</i>	\$0	*
<i>clean & clear essentials espuma limpiadora facial líquida</i>	\$0	*
<i>clean & clear limpiador facial líquido espumoso para piel sensible</i>	\$0	*
<i>clean & clear morning burst limpiador facial líquido</i>	\$0	*
<i>clean & clear morning burst limpiador facial hidratante líquido</i>	\$0	*
<i>clean & clear night relaxing líquido limpiador facial de limpieza profunda</i>	\$0	*
<i>clear eyes natural tears lubricant solución 0.5 %; 0.6 %</i>	\$0	*
<i>clever choice glucose control low líquido</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary**



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cln gel de ducha suave que no reseca la piel líquido</i>	\$0	*
<i>cln limpiador facial que equilibra la hidratación líquido</i>	\$0	*
<i>cln limpiador profundo para manos y pies líquido</i>	\$0	*
<i>cln lavado deportivo de alto rendimiento líquido</i>	\$0	*
<i>cln lavado deportivo líquido</i>	\$0	*
<i>clotrimazole 3 crema 2 %</i>	\$0	*
<i>clotrimazole solución 1 %</i>	\$0	*
<i>clotrimazole topical crema 1 %</i>	\$0	*
<i>clotrimazole vaginal crema 1 %</i>	\$0	*
<i>cold & cough childrens líquido 1 mg/5 ml; 5 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>cold/flu daytime relief cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>coleman 100 max insect repellent/continuous spray aerosol 98.11 %</i>	\$0	*
<i>coleman insect repellent/high & dry aerosol 25 %</i>	\$0	*
<i>coleman insect repellent/sportsmen aerosol 40 %</i>	\$0	*
<i>condoms varios</i>	\$0	*
<i>contour low control líquido</i>	\$0	*
<i>contour next control level 1 solución</i>	\$0	*
<i>contour next control level 2 solución</i>	\$0	*
<i>contour normal control líquido</i>	\$0	*
<i>control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>corn and callus remover líquido 17 %</i>	\$0	*
<i>cottonseed oil</i>	\$0	*
<i>cromolyn sodium solución en aerosol 5.2 mg/ pulverización</i>	\$0	*
<i>culturelle adult ultimatebalance cápsula 200 mg; 20,000 millones de UFC</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>culturelle digestive daily probiotic pro strength cápsula 200 mg; 12,000 millones de UFC</i>	\$0	*
<i>culturelle digestive health cápsula 200 mg; 10,000 millones de UFC</i>	\$0	*
<i>culturelle health & wellness cápsula 200 mg; 10 mil millones</i>	\$0	*
<i>culturelle immune defense tableta masticable 90 mg; 100 mg; 53 mg; 3mg</i>	\$0	*
<i>culturelle kids immune defense probiotic tableta masticable 90 mg; 20 µg; 50 mg; 26 mg; 3 mg</i>	\$0	*
<i>culturelle kids immune defense tableta masticable 90 mg; 50 mg; 26 mg; 1.88 mg</i>	\$0	*
<i>culturelle kids probiotic+ veggie fiber tableta masticable</i>	\$0	*
<i>culturelle probiotic & prebiotic tableta masticable</i>	\$0	*
<i>culturelle probiotics kids tableta masticable 15 mg; 1 g</i>	\$0	*
<i>culturelle ultimate strength probiotic cápsula 200 mg; 20,000 millones de UFC</i>	\$0	*
<i>cutter aerosol 10 %</i>	\$0	*
<i>cutter all family aerosol 7 %</i>	\$0	*
<i>cutter backwoods dry aerosol 25 %</i>	\$0	*
<i>cutter skinsations aerosol 7 %</i>	\$0	*
<i>cutter sport aerosol 15 %</i>	\$0	*
<i>cvs advanced probiotic gomitas tableta masticable</i>	\$0	*
<i>cvs calcium carbonate tableta 1250 mg</i>	\$0	*
<i>cvs chewable probiotic childrens tableta masticable</i>	\$0	*
<i>cvs limpiador facial diario líquido</i>	\$0	*
<i>cvs digestive probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>cvs cáps. de aceite de pescado</i>	\$0	*
<i>cvs cáps. mitad de tamaño de aceite de pescado</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs insect repellent aerosol 15 %</i>	\$0	*
<i>cvs natural tears pf solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>cvs petroleum gel w/ vitamin e crema</i>	\$0	*
<i>cvs probiotic childrens tableta masticable</i>	\$0	*
<i>cvs probiotic tableta masticable</i>	\$0	*
<i>cvs sleep-aid nighttime tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>cvs total home insect repellent aerosol 30 %</i>	\$0	*
<i>cyanocobalamin inyección 1000 µg/ml</i>	\$0	*
<i>daily chewable probiotic-14 tableta masticable</i>	\$0	*
<i>daily probiotic supplement cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>day-time pe cold/flu relief cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>desitin multi-purpose healing pomada 71.3 %</i>	\$0	*
<i>dextromethorphan hbr cápsula 15 mg</i>	\$0	*
<i>dextromethorphan hydrobromide/guaifenesin líquido 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>dextromethorphan polistirex er suspensión de liberación prolongada 30mg/5ml</i>	\$0	*
<i>dextromethorphan/guaifenesin líquido 5 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>dhs tar champú 0.5 %</i>	\$0	*
<i>dialyvite chewable probiotic tableta masticable</i>	\$0	*
<i>diastix tira</i>	\$0	*
<i>diatrue glucose control solution level 1 solución</i>	\$0	*
<i>diatrue glucose control solution level 2 solución</i>	\$0	*
<i>diclofenac sodium gel 1 %</i>	\$0	*
<i>digestive advantage dailydigestive & immune support tableta masticable 3.33 mg</i>	\$0	*
<i>digestive advantage kids daily digestive & immune support tableta masticable 3.33 mg</i>	\$0	*
<i>digestive advantage kids daily probiotic gomitas tableta masticable</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>digestive advantage kids daily probiotic+gen prebiotic fiber tableta masticable</i>	\$0	*
<i>digestive advantage multi-strain probiotic ultra tableta masticable</i>	\$0	*
<i>digestive advantage prebiotic+probiotic tableta masticable</i>	\$0	*
<i>digestive advantage probiotic gomitas tableta masticable</i>	\$0	*
<i>digestive probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>dimenhydrinate tableta 50 mg</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hcl cápsula 50 mg</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hcl/zinc acetate crema 2 %; 0.1 %</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hydrochloride cápsula 25 mg</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hydrochloride líquido 12.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>docosanol crema 10 %</i>	\$0	*
<i>docusate calcium cápsula 240 mg</i>	\$0	*
<i>docusate sodium cápsula 100 mg, 250 mg</i>	\$0	*
<i>docusate sodium líquido 50 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>docusate sodium jarabe 60 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>docusate sodium tableta 100 mg</i>	\$0	*
<i>dry eye relief drops solución 0.2 %; 0.2 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>durex realfeel non-latex dispositivo</i>	\$0	*
<i>d-vi-sol líquido 400 unidades/ml</i>	\$0	*
<i>dynashield crema 1.8 %; 2 %</i>	\$0	*
<i>easy check glucose control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>easy plus ii control solution low solución</i>	\$0	*
<i>easy step control solution low solución</i>	\$0	*
<i>easy talk control solution low solución</i>	\$0	*
<i>easy talk control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>easy talk plus ii controllow solución</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>easy trak ii control solución/normal líquido</i>	\$0	*
<i>easy trak glucose controlsolución low solución</i>	\$0	*
<i>easy trak glucose controlsolución normal solución</i>	\$0	*
<i>easymax control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>ed chlorped jr jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>effervescent pain relief tableta efervescente 325 mg; 1000 mg; 1916 mg</i>	\$0	*
<i>element low control líquido</i>	\$0	*
<i>element normal control líquido</i>	\$0	*
<i>embrace control solution low solución</i>	\$0	*
<i>embrace evo glucose control solution level 1 líquido</i>	\$0	*
<i>embrace talk glucose control solution low solución</i>	\$0	*
<i>cápsula vacía tamaño 1 azul/cápsula polvo azul</i>	\$0	*
<i>encare supositorio 100 mg</i>	\$0	*
<i>enema disposable enema 7 g/118 ml; 19 g/118 ml</i>	\$0	*
<i>eql 2 in 1 probiotic tableta</i>	\$0	*
<i>eql 4x probiotic tableta</i>	\$0	*
<i>eql gel de ducha/líquido para piel sensible</i>	\$0	*
<i>eql gel de ducha/manteca de karité líquida</i>	\$0	*
<i>eql jabón líquido de manos transparente para rellenar</i>	\$0	*
<i>eql limpiador líquido suave para la piel</i>	\$0	*
<i>eql gel de ducha líquido de alta potencia</i>	\$0	*
<i>eql jabón líquido para manos</i>	\$0	*
<i>eql jabón líquido para manos para rellenar</i>	\$0	*
<i>eql líquido astringente para la piel</i>	\$0	*
<i>ergocalciferol solución 8000 unidades/ml</i>	\$0	*
<i>esomeprazole magnesium cápsula de liberación retardada 20 mg</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>esomeprazole magnesium dr 24 h tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0	*
<i>ethyl oleate líquido</i>	\$0	*
<i>eucerin líquido limpiador avanzado</i>	\$0	*
<i>eucerin gel de ducha líquido calmante para la piel</i>	\$0	*
<i>evolution control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>ex-lax tableta masticable 15 mg</i>	\$0	*
<i>eye allergy relief solución 0.025 %; 0.3 %, 0.027 %; 0.315 %</i>	\$0	*
<i>famotidine tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>famotidine tableta 20 mg</i>	\$0	*
<i>fc2 female condom varios</i>	\$0	*
<i>ferrous fumarate 324 tableta 324 mg</i>	\$0	*
<i>ferrous gluconate tableta 240 mg, 324 mg</i>	\$0	*
<i>ferrous sulfate solución 15 mg/ml, 220 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ferrous sulfate tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>ferrous sulfate ttableta de liberación retardada 324 mg, 325 mg</i>	\$0	*
<i>fexofenadine hcl childrens allergy suspensión 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>fexofenadine hydrochloride tableta 180 mg, 60 mg</i>	\$0	*
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 12 horas 60 mg; 120 mg</i>	\$0	*
<i>fiber powder 28.3 %, 48.57 %</i>	\$0	*
<i>cápsula de aceite de pescado que no provoca gases 89 mg; 244 mg; 500 mg; 27 mg</i>	\$0	*
<i>cápsula de aceite de pescado 60 mg; 90 mg; 500 mg; 150 mg</i>	\$0	*
<i>minicápsulas de aceite de pescado 125 mg; 340 mg; 700 mg; 500 mg</i>	\$0	*
<i>flanders buttocks pomada 66.2 %; 13.4 %</i>	\$0	*
<i>flavorx líquido</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>flexitol jabón líquido para piel sensible</i>	\$0	*
<i>florastart cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>florastor cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>floraxis tableta</i>	\$0	*
<i>fluticasone propionate suspensión 50 µg/ pulverización</i>	\$0	*
<i>folic acid tableta 1 mg</i>	\$0	*
<i>folic acid/vitamin b-6/vitamin b-12 tableta 500 µg; 2.2 mg; 25 mg</i>	\$0	*
<i>folplex 2.2 tableta 0.5 mg; 2.2 mg; 25 mg</i>	\$0	*
<i>fondcircle control solution líquido</i>	\$0	*
<i>fora control solution low solución</i>	\$0	*
<i>fora control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>foracare gdh control solution low solución</i>	\$0	*
<i>foracare gdh control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>fortiscare control solutions low solución</i>	\$0	*
<i>fortiscare control solutions normal solución</i>	\$0	*
<i>free & clear para piel sensible líquido</i>	\$0	*
<i>free + pure daily probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>ft caldyphen loción 8 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>ft probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>ft probiotic childrens tableta masticable</i>	\$0	*
<i>ft limpiador para piel líquido</i>	\$0	*
<i>gaviscon suspensión 95 mg/15 ml; 358 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>ge100 control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>genteal severe tears gel 0.3 %</i>	\$0	*
<i>genteal tears liquid drops moderate solución 0.1 %; 0.2 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>genteal tears moderate pf solución 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>genteal tears severe day/night gel 0.4 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>limpiador para piel sensible líquido</i>	\$0	*
<i>glucocard 01 control solution/normal solución</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glucocard x-meter controlsolution/normal solución</i>	\$0	*
<i>glucocom normal control líquido</i>	\$0	*
<i>glucose control normal solución</i>	\$0	*
<i>glucose gel 40 %</i>	\$0	*
<i>glucose tableta masticable 4 g, 6 mg; 4 g</i>	\$0	*
<i>glycerin adult supositorio 2.1 g, 2 g</i>	\$0	*
<i>glycerin infants & children suppository 1.2 g, 1 g</i>	\$0	*
<i>gnp caldyphen loción 8 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>gnp limpiador suave para pieles sensibles líquido</i>	\$0	*
<i>gnp probiotic extra strength cápsula</i>	\$0	*
<i>gnp vitamin a/d ointment 15.5 %; 53.4 %</i>	\$0	*
<i>gojji control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>gold bond gel de ducha exfoliante líquido de hidratación profunda definitiva</i>	\$0	*
<i>gold bond gel de ducha de hidratación profunda definitiva para pieles sensibles/ extracto de avena líquido</i>	\$0	*
<i>gold bond gel de ducha líquido de hidratación profunda definitiva suavizante/con manteca de karité</i>	\$0	*
<i>good start supreme líquido de agua estéril</i>	\$0	*
<i>guaifenesin er tableta de liberación prolongada 12 horas 1200 mg, 600 mg</i>	\$0	*
<i>guaifenesin líquido 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>guaifenesin tableta 200 mg, 400 mg</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/codeine solución 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide tableta 20 mg; 400 mg</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide tableta de liberación prolongada 12 horas 60 mg; 1200 mg</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>guaifenesin/dextromethorphan jarabe</i> <i>10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>guaifenesin/pseudoephedrine hydrochloride</i> <i>tableta de liberación prolongada 12 horas</i> <i>600 mg; 60 mg</i>	\$0	*
<i>hemorrhoidal pomada 14 %; 74.9 %; 0.25 %</i>	\$0	*
<i>histex jarabe 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>hydrocerin crema</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone crema 0.5 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone loción 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone pomada 0.5 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone pomada 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone/aloe crema 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrolatum pomada</i>	\$0	*
<i>ibuprofen cápsula 200 mg</i>	\$0	*
<i>ibuprofen infants suspensión 50 mg/1.25 ml</i>	\$0	*
<i>ibuprofen suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ibuprofen tableta 200 mg</i>	\$0	*
<i>ibuprofen tableta masticable 100 mg</i>	\$0	*
<i>infinity control solution normal solución</i>	\$0	*
<i>infinity voice level 2 líquido</i>	\$0	*
<i>insta-glucose gel 77.4 %</i>	\$0	*
<i>ionil líquido</i>	\$0	*
<i>iron chews pediatric tableta masticable 15 mg</i>	\$0	*
<i>iron tableta de liberación prolongada 45 mg</i>	\$0	*
<i>isopropyl alcohol toallitas varios 70 %</i>	\$0	*
<i>ivermectin loción 0.5 %</i>	\$0	*
<i>ivizia severe/night dry eyes gel 0.5 %</i>	\$0	*
<i>johnsons kids clean & fresh champú y gel de ducha líquido</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>johnsons skin nourish lavado hidratante líquido</i>	\$0	*
<i>just tears eye drops solución</i>	\$0	*
<i>kala tableta 30 mg; 20 mg</i>	\$0	*
<i>kaopectate extra strength suspensión 525 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>kaopectate suspensión 262 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>kaopectate tableta 262 mg</i>	\$0	*
<i>kerodex 71 wet crema</i>	\$0	*
<i>ketone tiras reactivas</i>	\$0	*
<i>ketostix tira</i>	\$0	*
<i>ketotifen fumarate solución 0.035 %</i>	\$0	*
<i>konsyl daily fiber paquete 100 %</i>	\$0	*
<i>kp limpiador para piel sensible líquido</i>	\$0	*
<i>lactobacillus tableta 0.2 mg; 0.2 mg</i>	\$0	*
<i>lactose monohydrate polvo</i>	\$0	*
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada 15 mg</i>	\$0	*
<i>laxative maximum strength tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>levocetirizine dihydrochloride tableta 5 mg</i>	\$0	*
<i>levonorgestrel tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>liberty glucose control normal líquido</i>	\$0	*
<i>lice killing champú 4 %; 0.33 %</i>	\$0	*
<i>lice treatment líquido 1 %</i>	\$0	*
<i>lidocaine crema 5 %</i>	\$0	*
<i>lidocaine hydrochloride crema 4 %</i>	\$0	*
<i>lidocaine parche 4 %</i>	\$0	*
<i>lidocaine topical anesthetic crema 4 %</i>	\$0	*
<i>lohist-dm jarabe 2 mg/5 ml; 10 mg/5 ml; 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>loperamide hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0	*
<i>loperamide hydrochloride solución 1 mg/7.5 ml</i>	\$0	*
<i>loperamide hydrochloride tableta 2 mg</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loratadine childrens tableta masticable 5 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>loratadine tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine tableta que se desintegra 10 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine-d 12 h tableta de liberación prolongada 12 horas 5 mg; 120 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine-d 24hr tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg; 240 mg</i>	\$0	*
<i>lubricant eye drops solución 0.1 %; 0.3 %, 0.4 %; 0.3 %, 0.6 %</i>	\$0	*
<i>lubricant eye pomada 42.5 %; 57.3 %</i>	\$0	*
<i>lubricating eye drops solución 0.4 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>magnesium citrate solución 1.745 g/30 ml</i>	\$0	*
<i>magnesium oxide tableta 400 mg</i>	\$0	*
<i>magnesium tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>m-clear wc solución 6.33 mg/5 ml; 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>meclizine hydrochloride tableta 12.5 mg</i>	\$0	*
<i>meclizine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>meclizine hydrochloride tableta masticable 25 mg</i>	\$0	*
<i>mederma ag limpiador corporal líquido</i>	\$0	*
<i>mederma ag tónico facial líquido</i>	\$0	*
<i>medi-paste pomada</i>	\$0	*
<i>melatonin tableta 1 mg, 3 mg, 5 mg</i>	\$0	*
<i>miconazole 1 kit</i>	\$0	*
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	\$0	*
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	\$0	*
<i>miconazole 3 crema 4 %</i>	\$0	*
<i>miconazole 7 supositorio 100 mg</i>	\$0	*
<i>miconazole nitrate aerosol polvo 2 %</i>	\$0	*
<i>miconazole nitrate topical crema 2 %, 2 %</i>	\$0	*
<i>miconazole polvo 2 %</i>	\$0	*
<i>milk of magnesia suspensión 400 mg/5 ml</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mineral oil heavy oil</i>	\$0	*
<i>mineral oil light oil</i>	\$0	*
<i>aceite mineral</i>	\$0	*
<i>minerin creme crema</i>	\$0	*
<i>crema hidratante</i>	\$0	*
<i>loción hidratante</i>	\$0	*
<i>mucinex fast-max congestion & headache maximum strength cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain maximum strength cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>mucus dm tableta de liberación prolongada 12 horas 30 mg; 600 mg</i>	\$0	*
<i>multi complete cápsula 60 mg; 2500 unidades; 30 µg; 100 mg; 10 mg; 1000 unidades; 120 µg; 2 mg; 6 µg; 18 mg; 400 µg; 40 mg; 4 mg; 20 mg; 40 µg; 150 µg; 2 mg; 1.7 mg; 20 µg; 45 µg; 1.5 mg; 50 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>multi vitamin/minerals full spectrum tableta 90 mg; 5000 unidades 45 µg; 300 µg; 162 mg; 10 mg; 27 mg; 400 unidades; 25 µg; 2 mg; 9 µg; 27 mg; 400 µg; 100 mg; 5 mg; 25 µg; 20 mg; 125 mg; 25 µg; 30 mg; 150 µg; 3 mg; 2.6 mg; 25 µg; 2.25 mg; 34 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>multiple vitamins/iron tableta masticable 60 mg; 4.5 µg; 400 unidades; 15 mg; 0.3 mg; 13.5 mg; 1.04 mg; 1.2 mg; 1.05 mg; 2500 unidades; 15 unidades</i>	\$0	*
<i>tabs. masticables multivitamínico para niños</i>	\$0	*
<i>tabs. masticables multivitamin plus iron para niños</i>	\$0	*
<i>tabs. multivitamínico</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multivitamin w/iron/infant/toddler solución</i> 50 mg/ml; 11 mg/ml; 4 mg/ml; 0.3 mg/ml; 0.4 mg/ml; 0.3 mg/ml; 250 µg/ml; 10 µg/ml; 5 mg/ml	\$0	*
<i>multivitamin with fluoride suspensión</i> 35 mg/ml; 400 unidades/ml; 2 µg/ml; 8 mg/ ml; 0.4 mg/ml; 1500 unidades/ml; 0.6 mg/ ml; 0.25 mg/ml; 0.5 mg/ml; 5 unidades/ml, 35 mg/ml; 400 unidades/ml; 2 µg/ml; 8 mg/ ml; 0.4 mg/ml; 1500 unidades/ml; 0.6 mg/ml; 0.5 mg/ml; 0.5 mg/ml; 5 unidades/ml	\$0	*
<i>tabs. masticables multivitamínico/fluoride</i>	\$0	*
<i>multi-vitamin/fluoride/iron solución</i> 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	*
<i>multivitamins tableta masticable</i> 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	\$0	*
<i>tabs. multivitamínico/iron</i>	\$0	*
<i>naloxone hydrochloride líquido</i> 4 mg/0.1 ml	\$0	*
<i>naproxen sodium cápsula</i> 220 mg	\$0	*
<i>naproxen sodium tableta</i> 220 mg	\$0	*
<i>natrapel líquido</i> 20 %	\$0	*
<i>natural fiber polvo</i> 58.6 %	\$0	*
<i>neutrogena limpiador facial de limpieza profunda líquido</i>	\$0	*
<i>niacin tableta</i> 100 mg, 500 mg	\$0	*
<i>niacin timed release tableta de liberación prolongada</i> 500 mg	\$0	*
<i>niacin tr cápsula de liberación prolongada</i> 250 mg	\$0	*
<i>niacin tr cápsula de liberación prolongada</i> 750 mg	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nicotine pastilla 4 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine polacrilex gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine polacrilex pastilla 2 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine transdermal system kit</i>	\$0	*
<i>nicotine transdermal system parche 24 horas</i>	\$0	*
<i>14 mg/24 h, 21 mg/24 h, 7 mg/24 h</i>		
<i>off active aerosol 15 %</i>	\$0	*
<i>off deep woods dry aerosol 25 %</i>	\$0	*
<i>off deep woods sportsmen aerosol 30 %</i>	\$0	*
<i>off familycare clean feel líquido 5 %</i>	\$0	*
<i>off smooth & dry aerosol 15 %</i>	\$0	*
<i>olive oil</i>	\$0	*
<i>olopatadine hydrochloride solución 0.1 %, 0.2 %</i>	\$0	*
<i>omega 3 cápsula</i>	\$0	*
<i>omega-3 cápsula 120 mg; 180 mg; 1000 mg; 1 unidad</i>	\$0	*
<i>omega-3 fish oil cápsula 100 mg; 160 mg; 1000 mg; 300 mg; 5 unidades</i>	\$0	*
<i>cáps. de aceite de pescado omega-3 que no provoca gases 60 mg; 90 mg; 500 mg</i>	\$0	*
<i>omeprazole dr tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0	*
<i>omeprazole magnesium cápsula de liberación retardada 20.6 mg</i>	\$0	*
<i>omeprazole tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0	*
<i>omeprazole tableta de liberación retardada que se desintegra 20 mg</i>	\$0	*
<i>onetouch ultra control líquido</i>	\$0	*
<i>onetouch verio level 4 solución de control líquido</i>	\$0	*
<i>opill tableta 0.075 mg</i>	\$0	*
<i>options gynol ii vaginal contraceptive gel 3 %</i>	\$0	*
<i>suspensión oral líquido</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ovega-3 cáps. 270 mg; 135 mg; 500 mg</i>	\$0	*
<i>oxymetazoline hydrochloride solución 0.05 %</i>	\$0	*
<i>oyster shell calcium tableta 1250 mg</i>	\$0	*
<i>paladin pomada</i>	\$0	*
<i>pataday extra strength solución 0.7 %</i>	\$0	*
<i>pcca sorbitol lollipop base en escamas</i>	\$0	*
<i>pedia-lax líquido 50 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>petrolatum pomada</i>	\$0	*
<i>phenazopyridine hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0	*
<i>phenazopyridine hydrochloride tableta 95 mg</i>	\$0	*
<i>phosphorous tableta 155 mg, 852 mg, 130 mg</i>	\$0	*
<i>phospho-trin k500 tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>phytonadione tableta 5 mg</i>	\$0	*
<i>pink bismuth maximum strength suspensión 525 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>pink bismuth suspensión 262 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>pinworm medicine suspensión 144 mg/ml</i>	\$0	*
<i>pinxav pomada</i>	\$0	*
<i>polyethylene glycol 3350 paquete 17 g</i>	\$0	*
<i>polyethylene glycol 3350 polvo 17 g/scoop</i>	\$0	*
<i>polysaccharide-iron complex cápsula 150 mg</i>	\$0	*
<i>polyvinyl alcohol solución 1.4 %</i>	\$0	*
<i>poly-vi-sol solución 50 mg/ml; 10 µg/ml; 0.5 µg/ml; 0; 4 mg/ml; 0.3 mg/ml; 250 µg/ml; 0.4 mg/ml; 0.3 mg/ml; 5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>pramoxine hcl espuma 1 %</i>	\$0	*
<i>prenatabs fa tabs.</i>	\$0	*
<i>prenatabs rx tabs.</i>	\$0	*
<i>prenatal 19 tableta 100 mg; 1000 unidades; 200 mg; 7 mg; 400 unidades; 12 µg; 25 mg; 29 mg; 1 mg; 15 mg; 20 mg; 3 mg; 3 mg; 30 unidades; 20 mg</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prenatal tableta 100 mg; 200 mg; 10 µg; 4 µg; 27 mg; 800 µg; 18 mg; 2.6 mg; 1.7 mg; 1.5 mg; 5 mg; 1200 µg; 25 mg; 120 mg; 4000 unidades; 200 mg; 400 unidades; 8 µg; 28 mg; 800 µg; 20 mg; 2.6 mg; 1.7 mg; 1.8 mg; 30 unidades; 25 mg</i>	\$0	*
<i>prenatal tableta 120 mg; 200 mg; 10 µg; 2 mg; 12 µg; 27 mg; 1 mg; 20 mg; 10 mg; 1200 µg; 3 mg; 1.84 mg; 10 mg; 25 mg</i>	\$0	*
<i>prestige glucose control líquido</i>	\$0	*
<i>primadophilus kids tableta masticable</i>	\$0	*
<i>probiotic + immune tableta masticable 45 mg; 25 µg; 1.15 mg</i>	\$0	*
<i>probiotic acidophilus tableta masticable</i>	\$0	*
<i>probiotic cápsula 1000 millones; 250 mg, 250 mg</i>	\$0	*
<i>probiotic chocolate bears childrens tableta masticable</i>	\$0	*
<i>probiotic digestive support extra strength cápsula 200 mg; 20 mil millones</i>	\$0	*
<i>probiotic formula cápsula 1,000 millones; 250 mg</i>	\$0	*
<i>probiotic gummies tableta masticable</i>	\$0	*
<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	*
<i>probiotic tableta</i>	\$0	*
<i>probiotic tableta masticable</i>	\$0	*
<i>prodigy control solution low solución</i>	\$0	*
<i>provella tableta</i>	\$0	*
<i>pseudoephedrine hydrochloride er maximum strength tableta de liberación prolongada 12 horas 120 mg</i>	\$0	*
<i>pseudoephedrine hydrochloride tableta 30 mg, 60 mg</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>psyllium fiber cápsula 0.52 g</i>	\$0	*
<i>purpose líquido limpiador suave</i>	\$0	*
<i>qc calamine medicated loción 8 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>qc pink bismuth tableta 262 mg</i>	\$0	*
<i>qc psyllium fiber polvo 43 %</i>	\$0	*
<i>ra probiotic gummies tableta masticable</i>	\$0	*
<i>ranger ready repellent líquido 20 %</i>	\$0	*
<i>raspberry jarabe</i>	\$0	*
<i>redness reliever eye drops solución 0.05 %</i>	\$0	*
<i>refresh limpiador líquido</i>	\$0	*
<i>refresh digital solución 0.5 %; 1 %; 0.5 %</i>	\$0	*
<i>refresh optive advanced solución 0.5 %; 1 %; 0.5 %</i>	\$0	*
<i>refresh optive gel 1 %; 0.9 %</i>	\$0	*
<i>refresh optive preservative free solución 0.5 %; 0.9 %</i>	\$0	*
<i>refresh relieves pf solución 0.5 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>refresh relieves pf xtra solución 0.5 %; 0.9 %</i>	\$0	*
<i>refresh solución 1.4 %; 0.6 %</i>	\$0	*
<i>refresh tears pf solución 0.5 %; 0.9 %</i>	\$0	*
<i>limpiador facial refrescante líquido</i>	\$0	*
<i>rehyla limpiador para cabello y cuerpo líquido</i>	\$0	*
<i>rehyla limpiador líquido</i>	\$0	*
<i>repel family aerosol 15 %</i>	\$0	*
<i>repel sportsmen dry aerosol 25 %</i>	\$0	*
<i>repel sportsmen max aerosol 40 %</i>	\$0	*
<i>rightest gc300 normal control líquido</i>	\$0	*
<i>risa-bid probiotic tableta</i>	\$0	*
<i>saccharomyces boulardii cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>saccharomycin df cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>saline gel nasal</i>	\$0	*
<i>saline aerosol nasal infants/childrens solución 0.65 %</i>	\$0	*
<i>sawyer insect repellent aerosol 30 %</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sawyer premium insect repellent líquido 20 %</i>	\$0	*
<i>seni care crema para el cuerpo</i>	\$0	*
<i>senna smooth tableta 15 mg</i>	\$0	*
<i>senna jarabe 176 mg/5 ml, 8.8 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>senna tableta 8.6 mg</i>	\$0	*
<i>sennosides/docusate sodium tableta 50 mg; 8.6 mg</i>	\$0	*
<i>sensi-care crema hidratante</i>	\$0	*
<i>sensi-care septi-soft líquido concentrado</i>	\$0	*
<i>sesame oil</i>	\$0	*
<i>simethicone cápsula 125 mg, 180 mg</i>	\$0	*
<i>simethicone suspensión 40 mg/0.6 ml</i>	\$0	*
<i>simethicone tableta masticable 125 mg, 80 mg</i>	\$0	*
<i>simple syrup jarabe 85 %</i>	\$0	*
<i>sleep aid tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>sleep-aid cápsula 50 mg</i>	\$0	*
<i>sm foaming antacid tableta masticable 80 mg; 20 mg</i>	\$0	*
<i>sm probiotic cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>sm slow release iron tableta de liberación prolongada 143 mg</i>	\$0	*
<i>smarty pants kids probiotic complete tableta masticable</i>	\$0	*
<i>sodium bicarbonate polvo</i>	\$0	*
<i>sodium bicarbonate tableta 325 mg, 650 mg</i>	\$0	*
<i>sodium chloride pomada 5 %</i>	\$0	*
<i>sodium chloride solución 5 %</i>	\$0	*
<i>sodium fluoride solución 0.5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>solus v2 control low solución</i>	\$0	*
<i>soothe hydration solución 1.25 %</i>	\$0	*
<i>soothe xp solución 4.5 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>soothe xp/xtra protection solución 4.5 %; 1 %</i>	\$0	*
<i>sorbidon hydrate crema</i>	\$0	*
<i>sorbitol polvo</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sorbitol solución 70 %</i>	\$0	*
<i>stablegi cápsula 250 mg</i>	\$0	*
<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	\$0	*
<i>stevia extracto en polvo</i>	\$0	*
<i>stevia extracto en polvo 90 %</i>	\$0	*
<i>stevia paquete 100 mg</i>	\$0	*
<i>steviol polvo de glucósidos 95 %</i>	\$0	*
<i>stevioside extracto fluido 15 %</i>	\$0	*
<i>stye solución 0.5 %; 0.6 %</i>	\$0	*
<i>suspension vehicle suspensión</i>	\$0	*
<i>sv cáps. de aceite de pescado 200 mg; 300 mg; 500 mg; 2.5 unidades</i>	\$0	*
<i>sween crema hidratante para el cuerpo</i>	\$0	*
<i>syrspend sf suspensión reconstituida</i>	\$0	*
<i>syrup vehicle sf jarabe</i>	\$0	*
<i>syrup vehicle jarabe</i>	\$0	*
<i>systane complete solución 0.6 %</i>	\$0	*
<i>systane contacts gotas calmantes</i>	\$0	*
<i>systane gel 0.4 %; 0.3 %</i>	\$0	*
<i>tai doc control solución</i>	\$0	*
<i>tena gel de ducha líquido para el cuidado de la piel</i>	\$0	*
<i>tena crema limpiadora líquida para el cuidado de la piel</i>	\$0	*
<i>terbinafine hydrochloride crema 1 %</i>	\$0	*
<i>thera-gesic plus crema 4 %; 25 %</i>	\$0	*
<i>today sponge varios 1000 mg</i>	\$0	*
<i>tolnaftate crema 1 %</i>	\$0	*
<i>tolnaftate polvo 1 %</i>	\$0	*
<i>triamcinolone acetonide aerosol 55 µg/ pulverización</i>	\$0	*
<i>triaminic fever reducer pain reliever infants jarabe 160 mg/5 ml</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tri-buffered aspirin tableta 325 mg; 158 mg; 34 mg; 63 mg</i>	\$0	*
<i>triple antibiotic plus pain reliever maximum strength pomada 500 unidades/g; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g; 10 mg/g</i>	\$0	*
<i>triple probiotic tableta</i>	\$0	*
<i>triprolidine hci liquido 0.625 mg/ml</i>	\$0	*
<i>triprolidine hydrochloride liquido 0.938 mg/ml</i>	\$0	*
<i>tri-vi-sol a/c/d solución 50 mg/ml; 10 µg/ml; 250 µg/ml</i>	\$0	*
<i>tri-vite/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	*
<i>trubiotics digestive + immune health tableta masticable</i>	\$0	*
<i>trubiotics kids tableta masticable</i>	\$0	*
<i>true oyster shell calcium tableta 1250 mg</i>	\$0	*
<i>truetrack glucose controllow liquido</i>	\$0	*
<i>trustex lubricated/spermicide varios</i>	\$0	*
<i>trustex non-lubricated varios</i>	\$0	*
<i>tusnel c jarabe 10 mg/5 ml; 100 mg/5 ml; 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>tussin cough long-acting liquido 15 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>tussin cough jarabe 15 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ultra-mega tableta de liberación prolongada 250 mg; 10000 unidades; 25 µg; 25 µg; 75 µg; 50 mg; 75 mg; 75 µg; 75 µg; 0.25 mg; 400 unidades; 10 mg; 400 µg; 25 µg; 5 µg; 75 µg; 150 µg; 7.2 mg; 6.1 mg; 75 mg; 75 µg; 10 mg; 75 mg; 75 mg; 25 µg; 10 µg; 75 mg; 150 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>ultrathon insect repellent 8 aerosol 25 %</i>	\$0	*
<i>unistrip control solutionlow solución</i>	\$0	*
<i>up4 probiotics kids cubes tableta masticable</i>	\$0	*
<i>up4 probiotics tableta masticable 15 mg; 1 g</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

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



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>urea crema 20 %</i>	\$0	*
<i>urinary pain relief tableta 99.5 mg</i>	\$0	*
<i>uristat ultra/cranberry tableta 99.5 mg</i>	\$0	*
<i>vagisil crema 1 %</i>	\$0	*
<i>vanicream líquido</i>	\$0	*
<i>vaseline constant care crema</i>	\$0	*
<i>vcf vaginal contraceptive film película 28 %</i>	\$0	*
<i>vcf vaginal contraceptive gel 4 %</i>	\$0	*
<i>vicks dayquil cold & flu cápsula 325 mg; 10 mg; 5 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin a/c/d infant/toddler solución 50 mg/ml; 250 µg/ml; 10 µg/ml</i>	\$0	*
<i>vitamin b-12 tableta 1000 µg</i>	\$0	*
<i>vitamin b-6 tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin c tableta 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin c tableta masticable 500 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin d cápsula 50000 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 cápsula 25 µg, 50000 unidades, 5000 unidades, 50 µg</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 gummies tableta masticable 1000 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 líquido 400 unidades/ml</i>	\$0	*
<i>vitamin d-3 tableta 1000 unidades, 2000 unidades, 400 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 tableta 5000 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 tableta masticable 400 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin d3 tableta que se desintegra 5000 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamins a/c/d/fluoride solución 35 mg/ml; 0.25 mg/ml; 450 µg/ml; 10 µg/ml, 35 mg/ml; 0.5 mg/ml; 450 µg/ml; 10 µg/ml</i>	\$0	*
<i>wart remover maximum strength líquido 17 %</i>	\$0	*
<i>xanthum gum polvo</i>	\$0	*
<i>yumvs probiotics zero tableta masticable</i>	\$0	*
<i>yumvskids probiotic zero tableta masticable</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.



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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>yum-yum dophilus probiotic tableta masticable</i>	\$0	*
<i>yum-yum dophilus tableta masticable</i>	\$0	*
<i>zinc oxide pomada 20 %, 40 %</i>	\$0	*

Puede encontrar información sobre los símbolos, las abreviaturas y qué significan en la página anterior al comienzo de la lista de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este, los 7 días 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		<i>acuwash</i>	161
<i>4x probiotic</i>	160	<i>acyclovir</i>	30
A		<i>acyclovir sodium</i>	30
<i>abacavir</i>	25	ADACEL	130
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	28	ADALIMUMAB.....	126
<i>abigale</i>	107	<i>adapalene</i>	161
<i>abigale lo</i>	107	<i>adefovir dipivoxil</i>	30
ABILIFY	73	ADEMPAS	65
ABILIFY MAINTENA.....	73	<i>advance intuition control solution</i>	161
<i>abiraterone acetate</i>	38	<i>advocate control solution low</i>	161
<i>abirtega</i>	38	<i>advocate redi-code+ control solution low</i>	161
ABRYSVO.....	130	<i>aenapine</i>	74
<i>acamprosate calcium dr</i>	92	<i>afirmelle</i>	100
<i>acarbose</i>	95	<i>agamatrix control normal</i>	161
<i>accutane</i>	151	<i>agua estéril para irrigación</i>	184
<i>acebutolol hydrochloride</i>	58	<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	158
<i>aceite de pescado</i>	171	AIMOVIG.....	89
<i>aceite de pescado omega-3 que no provoca gases</i>	179	AIRSUPRA.....	150
<i>aceite de pescado que no provoca gases</i>	171	AKEEGA	38
<i>aceite mineral</i>	177	<i>ala-cort</i>	154
<i>acetaminophen</i>	160	ALAHIST D.....	161
<i>acetaminophen/aspirin/cafeine</i>	160	<i>albendazole</i>	19
<i>acetaminophen/codeine</i>	18	ALBUSTIX TIRA.....	161
<i>acetaminophen er 8 horas arthritis pain relief</i>	160	<i>albuterol sulfate</i>	147
<i>acetaminophen extra strength</i>	160	<i>albuterol sulfate hfa</i>	147
<i>acetazolamide</i>	62	<i>alclometasone dipropionate</i>	154
<i>acetazolamide er</i>	62	ALCOHOL PREPS APÓSITO	161
<i>acetic acid</i>	144	ALECENSA.....	41
<i>acetic acid 0.25 %</i>	121	<i>alendronate sodium</i>	98
<i>acetylcysteine</i>	110, 148	<i>alfuzosin hcl er</i>	121
<i>acid gone</i>	160	<i>align</i>	161
<i>acidophilus</i>	160	<i>align dualbiotic</i>	161
<i>acidophilus/bacillus coagulans extra strength</i>	161	<i>align jr for kids</i>	161
<i>acidophilus/citrus pectin</i>	161	<i>align kids probiotic</i>	161
<i>acidophilus lactobacilli</i>	160	<i>aliskiren</i>	63
<i>acidophilus/pectin</i>	161	<i>allopurinol</i>	15
<i>acidophilus probiotic blend</i>	160	<i>aloe vesta gel de ducha/champú</i>	161
<i>acidophilus with bifidus</i>	161	<i>alosetron</i>	118
<i>acitretin</i>	154	<i>alprazolam</i>	66
ACTHIB.....	130	ALPRAZOLAM INTENSOL.....	66
ACTIMMUNE	129	<i>altavera</i>	100
		<i>aluminum/magnesium/simethicone</i>	161

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ALUNBRIG	41	<i>aqua glycolic tónico</i>	162
ALVAIZ	124	<i>aranelle</i>	100
ALVESCO	150	ARCALYST	129
<i>alyacen 1/35</i>	100	AREXVY	130
<i>alyacen 7/7/7</i>	100	ARIKAYCE	19
<i>amantadine hcl</i>	72	<i>aripiprazole</i>	73, 74
<i>ambrisentan</i>	65	ARISTADA	74
<i>americerin</i>	161	<i>armodafinil</i>	92
<i>amethyst</i>	100	ARNUITY ELLIPTA	150
<i>amikacini sulfate</i>	19	<i>artificial tears</i>	162
<i>amiloride hcl</i>	62	<i>ashlyna</i>	100
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	62	ASPARLAS	41
<i>aminophylline</i>	148	<i>aspirin</i>	162
AMINOSYN II	138	<i>aspirin/dipyridamole er</i>	125
AMINOSYN-PF	138	<i>aspirin regular strength</i>	162
<i>amiodarone hydrochloride</i>	55	ASPIRIN SUPOSITORIO	162
<i>amitriptyline</i>	68	<i>assure dose normal control solución</i>	162
<i>amitriptyline hcl</i>	67	<i>atazanavir</i>	25
<i>amlodipine besylate</i>	60	<i>atazanavir sulfate</i>	25
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	63	<i>atenolol</i>	59
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	52	<i>atenolol/chlorthalidone</i>	58
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	54	<i>atomoxetine</i>	87
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	54	<i>atorvastatin calcium</i>	57
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>atovaquone</i>	19
<i>ammonium lactate</i>	157, 161	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	25
<i>amnestem</i>	152	<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	25
<i>amoxapine</i>	68	<i>atropine sulfate</i>	144
<i>amoxicillin</i>	35	ATROVENT HFA	146
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	35	<i>aubra eq</i>	100
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	87	AUGTYRO	41, 42
<i>amphotericin b</i>	24	<i>aurovela 1.5/30</i>	100
<i>amphotericin b liposome</i>	23	<i>aurovela 1/20</i>	100
<i>ampicillin</i>	36	<i>aurovela 24 fe</i>	100
<i>ampicillin sodium</i>	35	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	101
<i>ampicillin-sulbactam</i>	35	<i>aurovela fe 1/20</i>	101
<i>ampicillin/sulbactam</i>	35	AUSTEDO	89, 90
<i>anagrelide hydrochloride</i>	124	AUSTEDO XR	89, 90
<i>anastrozole</i>	38	AUVELITY	68
ANORO ELLIPTA	145	AUVELITY PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	68
<i>antacid & anti-gas maximum strength</i>	162	<i>aveeno baby calming comfort para baño</i>	162
<i>antacid extra strength</i>	162	<i>aveeno baby cleansing therapy limpiador</i>	
<i>antibiotic + pain relief maximum strength</i>	162	<i>humectante</i>	162
<i>aprepitant</i>	114, 115	<i>aveeno baby soothing multi-purpose</i>	162
<i>apri</i>	100	<i>aveeno calm & restore limpiador</i>	162
APTIVUS	25	<i>aveeno daily moisturizing limpiador facial</i>	162
<i>aqua glycolic champú y limpieza corporal</i>	162	<i>aviane</i>	101
<i>aqua glycolic limpiador facial</i>	162	AVMAPKI FAKZYNJA	42

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
AYR NASAL DROPS	162	<i>betaine anhydrous polvo</i>	110
<i>ayuna</i>	101	<i>betamethasone dipropionate</i>	155
AYVAKIT	42	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	154
<i>azathioprine</i>	129	<i>betamethasone valerate</i>	155
AZATHIOPRINE	129	BETASERON	91
<i>azelaic acid</i>	157	<i>betaxolol hcl</i>	59, 143
<i>azelastine hcl</i>	143	<i>bethanechol chloride</i>	121
<i>azelastine hydrochloride</i>	146	BEVESPI	145
AZILSARTAN	55	<i>bexarotene</i>	41, 157
<i>azithromycin</i>	34	BEXSERO	131
<i>aztreonam</i>	20	<i>bicalutamide</i>	38
<i>azurette</i>	101	BICILLIN L-A	36
B		BIKTARVY	28
<i>b-12 quick dissolve</i>	162	BILDYOS	98
<i>bacid</i>	162	BILPREVDA	99
<i>bacitracin</i>	141, 162	BIMZELX	126
<i>bacitracin/neomycin/polymyxin</i>	163	<i>biohm childrens probiotic supplement</i>	163
<i>bacitracin/polymyxin</i>	163	<i>bion tears</i>	163
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	141	<i>bisacodyl</i>	163
<i>bacitracin zinc</i>	162	<i>bisacodyl supositorio</i>	163
<i>baclofen</i>	91	<i>bismuth subcitrate pot/metronidazole/tetracycline</i> <i>hydrochlo</i>	118
BAFIERTAM	91	<i>bismuth subsalicylate</i>	163
<i>balmex multi-purpose</i>	163	<i>bisoprolol</i>	59
<i>balsalazide disodium</i>	117	<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	58
BALVERSA	42	<i>blisovi 24 fe</i>	101
<i>balziva</i>	101	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	101
BARACLUDE	30	<i>blisovi fe 1/20</i>	101
BCG	131	BLUJEPa	20
BD INSULIN JERINGA	93, 94	BOOSTRIX	131
BD PEN	94	<i>bosentan</i>	65
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29 G X 1/2	94	BOSULIF	42
BD TOALLITAS DE ALCOHOL	93	<i>bosutinib</i>	42
BD VEO INSULIN JERINGA	94	<i>boudreauxs butt bath gel de ducha y champú</i>	163
<i>benazepril hydrochloride</i>	53	BRAFTOVI	42
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	52	BREO ELLIPTA	150
BENLYSTA	129	BREZTRI	145
<i>benzoyl peroxide</i>	163	<i>briellyn</i>	101
<i>benzoyl peroxide wash</i>	163	<i>brimonidine tartrate</i>	143
<i>benztropine mesylate</i>	72	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	143
BENZYL ALCOHOL	163	<i>brinzolamide</i>	143
BENZYL BENZOATE	163	<i>brivaracetam</i>	80
BERINERT	124	<i>bromfenac</i>	142
BESIFLOXACIN HYDROCHLORIDE	141	<i>bromfenac sodium</i>	142
BESIVANCE	141	<i>bromocriptine mesylate</i>	72
BESREMI	41	BRUKINSA	42
		<i>budesonide</i>	150

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>budesonide aerosol nasal</i>	163	CAPRELSA.....	42, 43
<i>budesonide dr</i>	117	<i>capsaicin</i>	164
<i>budesonide er</i>	117	<i>capsaicin pain relief</i>	164
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	150	<i>captopril</i>	53
<i>bumetanide</i>	62	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	52
<i>buprenorphine</i>	17	<i>carbamazepine</i>	80
<i>buprenorphine hcl</i>	92	<i>carbamazepine er</i>	80
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	92	<i>carbamoxide ear drops</i>	164
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	92	<i>carbidopa</i>	72
<i>bupropion</i>	68	<i>carbidopa/levodopa</i>	72
BUPROPION.....	68	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	72
<i>bupropion hydrochloride er</i>	68, 92	<i>carbidopa/levodopa er</i>	72
<i>buspirone hcl</i>	66	<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables</i>	72
<i>buspirone hydrochloride</i>	66	CARBINOXAMINE.....	146
<i>butenafine hydrochloride</i>	163	<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	164
<i>butorphanol tartrate</i>	18	<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel</i>	164
BYSANTI.....	74	<i>carboxymethylcellulose sodium solución oftálmica</i>	164
C		<i>carglumic acid</i>	110
<i>cabergoline</i>	110	<i>carteolol hcl</i>	143
CABOMETYX.....	42	<i>cartia xt</i>	60
<i>calamine</i>	163	<i>carvedilol</i>	59
<i>calamine plus</i>	163	<i>carvedilol phosphate er</i>	59
<i>calcipotriene</i>	154	<i>caspofungin acetate</i>	24
<i>calcitonin-salmon</i>	99	CASTOR OIL.....	164
<i>calcitrene</i>	154	<i>castor oil stimulant laxative</i>	164
<i>calcitriol</i>	114	CAYSTON.....	20
CALCITRIOL.....	154	<i>cefaclor</i>	32
<i>calcium</i>	164	CEFACLOR ER.....	32
CALCIUM + D3.....	163	<i>cefadroxil</i>	32
<i>calcium 500 + d</i>	163	<i>cefazolin</i>	32
CALCIUM 500 + D3 HIGH POTENCY.....	163	CEFAZOLIN.....	32
<i>calcium 600 + d</i>	163	CEFAZOLIN/DEXTROSE.....	32
<i>calcium acetate</i>	113	<i>cefazolin sodium</i>	32
<i>calcium antacid extra strength</i>	163	CEFAZOLIN SODIUM.....	32
<i>calcium antacid ultra</i>	163	<i>cefdinir</i>	32
<i>calcium carbonate</i>	164	<i>cefepime</i>	32
CALCIUM CARBONATE.....	164	<i>cefixime</i>	32, 33
<i>calcium citrate</i>	164	<i>cefotetan</i>	33
<i>calcium oyster shell</i>	164	<i>cefroxitin</i>	33
<i>calcium polycarbophil</i>	164	<i>cefpodoxime proxetil</i>	33
<i>calcium/vitamin d</i>	164	<i>cefprozil</i>	33
CALQUENCE.....	42	<i>ceftaroline</i>	33
<i>camila</i>	101	<i>ceftazidime</i>	33
<i>candesartan cilexetil</i>	55	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	33
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>ceftriaxone sodium</i>	33
CAPLYTA.....	74	CEFTRIAXONE SODIUM.....	33
		<i>cefuroxime axetil</i>	33

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cefuroxime sodium</i>	33	<i>cilostazol</i>	124
<i>celecoxib</i>	15	CILOXAN.....	141
<i>cephalexin</i>	33, 34	CIMDUO	28
<i>cerave baby pomada curativa</i>	164	<i>cimetidine</i>	116, 165
<i>cerave limpiador facial espumoso</i>	164	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	68, 110
<i>cerave limpiador facial hidratante</i>	164	<i>ciprofloxacin</i>	145
<i>cerave limpiador hidratante en crema a espuma</i>	164	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	145
<i>cerave sa gel de ducha</i>	164	<i>ciprofloxacin hcl</i>	34
CERDELGA	110	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	34
<i>cetaphil</i>	164	<i>ciprofloxacin hydrochloride oftálmica</i>	141
<i>cetaphil dermacontrol lavado con espuma</i>	164	<i>ciprofloxacin hydrochloride ótica</i>	145
<i>cetaphil limpiador facial de uso diario</i>	164	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	34
<i>cetaphil limpiador para piel sensible</i>	164	<i>citalopram hydrobromide</i>	68
<i>cetaphil limpiador suave</i>	164	<i>claravis</i>	152
<i>cetaphil restoraderm</i>	164	<i>clarithromycin</i>	34
<i>cetirizine hcl</i>	165	<i>clarithromycin er</i>	34
<i>cetirizine hydrochloride</i>	146, 165	<i>clean & clear essentials espuma limpiadora facial</i>	165
<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine</i> <i>hydrochloride</i>	165	<i>clean & clear limpiador facial espumoso para piel</i> <i>sensible</i>	165
<i>cevimeline hydrochloride</i>	159	<i>clean & clear morning burst limpiador facial</i>	165
<i>champú anticaspa</i>	162	<i>clean & clear morning burst limpiador facial</i> <i>hidratante</i>	165
<i>charlotte 24 fe</i>	101	<i>clean & clear night relaxing limpiador facial de</i> <i>limpieza profunda</i>	165
<i>chateal eq</i>	101	<i>clear eyes natural tears lubricant</i>	165
CHEMET	99	<i>clemastine fumarate</i>	146
CHEMSTRIP 2 LN TIRAS	165	CLENPIQ.....	117
CHEMSTRIP 9 TIRAS.....	165	<i>clever choice glucose control low</i>	165
CHEMSTRIP UGK.....	165	<i>clindacin</i>	152
CHERRY SYRUP	165	<i>clindamycin</i>	152
<i>chewable vitamin c</i>	165	<i>clindamycin hcl</i>	20
CHLOPHEDIANOL/DEXCHLOPHENIRAMINE./ PSEUDOEPHEDRINE	165	<i>clindamycin hydrochloride</i>	20
<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	20	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	20
<i>chloraseptic</i>	165	<i>clindamycin phosphate</i>	20, 122, 152
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	66	<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	20
<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	66	<i>clindamycin phosphate (dos veces al día)</i>	152
<i>chlorhexidine gluconate</i>	159	<i>clindamycin phosphate (una vez al día)</i>	152
<i>chloroquine phosphate</i>	25	CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE	20
<i>chlorpheniramine maleate</i>	165	CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 5 %	138
<i>chlorpromazine hcl</i>	74	CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 10 %	138
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	75	CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 15 %	138
<i>chlorthalidone</i>	62	CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 20 %	138
<i>chocolated laxative</i>	165	CLINIMIX 6/5	138
<i>cholestyramine</i>	57	CLINIMIX 8/10	138
<i>cholestyramine light</i>	57	CLINIMIX 8/14	139
<i>ciclopirox</i>	153	<i>clinisol sf</i>	139
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	153	CLINOLIPID	139
<i>ciclopirox olamine</i>	153		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>clinpro 5000 pasta</i>	159	<i>contour normal control</i>	166
<i>cln gel de ducha suave que no reseca la piel</i>	166	<i>control solution normal</i>	166
<i>cln lavado deportivo</i>	166	COPIKTRA.....	43
<i>cln lavado deportivo de alto rendimiento</i>	166	CORLANOR.....	63
<i>cln limpiador facial que equilibra la hidratación</i>	166	<i>corn and callus remover</i>	166
<i>cln limpiador profundo para manos y pies</i>	166	COTELLIC	43
<i>clobazam</i>	80	<i>cottonseed oil</i>	166
<i>clobetasol propionate</i>	155	<i>crema hidratante</i>	177
<i>clobetasol propionate e</i>	155	CREON	118
<i>clodan</i>	155	CRESEMBA	24
<i>clomipramine hydrochloride</i>	68	<i>cromolyn sodium</i>	119, 143, 148, 166
<i>clonazepam</i>	80	<i>cryselle</i>	101
<i>clonazepam tabs. bucodispersables</i>	80	<i>cryselle-28</i>	101
<i>clonidine</i>	63	<i>culturelle adult ultimatebalance</i>	166
<i>clonidine hydrochloride</i>	63	<i>culturelle digestive daily probiotic pro strength</i>	167
<i>clopidogrel</i>	125	<i>culturelle digestive health</i>	167
<i>clorazepate dipotassium</i>	80, 81	<i>culturelle health & wellness</i>	167
<i>cloroxazone</i>	91	<i>culturelle immune defense</i>	167
<i>clotrimazole</i>	153, 166	<i>culturelle kids immune defense</i>	167
<i>clotrimazole 3</i>	166	<i>culturelle kids immune defense probiotic</i>	167
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	153	<i>culturelle kids probiotic+ veggie fiber</i>	167
<i>clotrimazole past. para chup</i>	159	<i>culturelle probiotic & prebiotic</i>	167
<i>clotrimazole vaginal</i>	166	<i>culturelle probiotics kids</i>	167
<i>clozapine</i>	75	<i>culturelle ultimate strength probiotic</i>	167
<i>clozapine tabs. bucodispersables</i>	75	<i>cutter aerosol</i>	167
COARTEM	25	<i>cutter all family</i>	167
COBENFY	75	<i>cutter backwoods dry</i>	167
COBENFY PAQ. INICIAL.....	75	<i>cutter skinsations</i>	167
CODEINE SULFATE	18	<i>cutter sport</i>	167
<i>colchicine</i>	15	<i>cvs advanced probiotic gomitas</i>	167
<i>cold & cough childrens</i>	166	<i>cvs calcium carbonate</i>	167
<i>cold/flu daytime relief</i>	166	<i>cvs cáps. de aceite de pescado</i>	167
<i>coleman 100 max insect repellent/continuous spray</i> ..	166	<i>cvs chewable probiotic childrens</i>	167
<i>coleman insect repellent/high & dry</i>	166	<i>cvs digestive probiotic</i>	167
<i>coleman insect repellent/sportsmen</i>	166	<i>cvs insect repellent</i>	168
<i>colesevelam hydrochloride</i>	57	<i>cvs limpiador facial diario</i>	167
<i>colestipol hydrochloride</i>	57	<i>cvs mitad de tamaño de aceite de pescado</i>	167
<i>colistimethate sodium</i>	20	<i>cvs natural tears pf</i>	168
COMBIVENT RESPIMAT.....	145	<i>cvs petroleum gel w/ vitamin e</i>	168
COMETRIQ KIT	43	<i>cvs probiotic</i>	168
<i>compro</i>	115	<i>cvs probiotic childrens</i>	168
CONDOMS.....	166	<i>cvs sleep-aid nighttime</i>	168
<i>conjugated estrogens</i>	107	<i>cvs total home insect repellent</i>	168
<i>consulose</i>	117	<i>cyanocobalamin</i>	168
<i>contour low control</i>	166	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	91
<i>contour next control level 1 solución</i>	166	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	37
<i>contour next control level 2 solución</i>	166	<i>cyclophosphamide cápsula</i>	37

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cycloserine</i>	29	<i>dessmopressin acetate</i>	110, 111
<i>cyclosporine</i>	129, 144	<i>desvenlafaxine er</i>	68
<i>cyclosporine modified</i>	129	<i>dexamethasone</i>	108, 109
<i>cyproheptadine hcl</i>	146	DEXAMETHASONE INTENSOL	108
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	146	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	108, 142
<i>cyred eq</i>	101	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	87
CYSTAGON	110	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	87
CYSTARAN	144	<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	87
D		<i>dextroamphetamine</i>	87
<i>dabigatran</i>	122	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	87
<i>daily chewable probiotic-14</i>	168	<i>dextromethorphan/guaifenesin</i>	168
<i>daily probiotic supplement</i>	168	<i>dextromethorphan hbr</i>	168
<i>dalfampridine er</i>	91	<i>dextromethorphan hydrobromide/guaifenesin</i>	168
<i>danazol</i>	93	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	168
<i>dantrolene sodium</i>	91	DEXTROSE	139
DANZITEN	43	DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	133
<i>dapagliflozin</i>	95	<i>dextrose 5 %</i>	139
<i>dapagliflozin/metformin hydrochloride er</i>	95	DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE n.º 48	133
<i>dapsone</i>	20	DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS	133
DAPTACEL	131	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %	133
<i>daptomycin</i>	20	<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 %</i>	133
<i>darunavir</i>	25	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 %	133
<i>dasatinib</i>	43	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.33 %	133
<i>dasetta 1/35</i>	101	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	133
<i>dasetta 7/7/7</i>	101	<i>dextrose 10 %</i>	139
DAURISMO	43	DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 %	133
<i>daysee</i>	101	DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	133
<i>day-time pe cold/flu relief</i>	168	<i>dextrose 50 %</i>	139
DAYVIGO	88	<i>dextrose 70 %</i>	139
<i>deblitane</i>	101	<i>dextrose/sodium chloride</i>	133
<i>deferasirox</i>	99, 100	<i>dhs tar champú</i>	168
DELSTRIGO	28	DIACOMIT	81
<i>delyla</i>	101	<i>dialyvite chewable probiotic</i>	168
DENG VAXIA	131	DIASTIX TIRA	168
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE	159	<i>diatruue glucose control solution level 1 solución</i>	168
<i>dentagel</i>	159	<i>diatruue glucose control solution level 2 solución</i>	168
DEPO-SUBQ PROVERA	101	<i>diazepam</i>	81
DESCOVY	28	<i>diazepam intensol</i>	81
<i>desipramine hydrochloride</i>	68	<i>diazoxide</i>	110
<i>desitin multi-purpose healing</i>	168	<i>diclofenac</i>	157
<i>desloratadine</i>	146	<i>diclofenac potassium</i>	15
<i>desloratadine bucodispersable</i>	146	<i>diclofenac sodium</i>	142, 168
<i>desmopressin acetate</i>	110	<i>diclofenac sodium dr</i>	15
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	101	<i>diclofenac sodium er</i>	16
<i>desonide</i>	155	<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	16
<i>desoximetasone</i>	155	<i>dicloxacillin sodium</i>	36
		<i>dicyclomine hcl</i>	116

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	116	<i>dotti patch dos veces por semana 0.025 mg/24 h,</i>	
<i>diflunisal</i>	16	<i>0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h,</i>	
<i>difluprednate</i>	142	<i>0.1 mg/24 h</i>	107
<i>digestive advantage dailydigestive & immune</i>		DOVATO.....	28
<i>support</i>	168	<i>doxazosin mesylate</i>	53
<i>digestive advantage kids daily digestive & immune</i>		<i>doxepin hcl</i>	68, 69
<i>support</i>	168	<i>doxepin hydrochloride</i>	69, 88, 157
<i>digestive advantage kids daily probiotic+gen prebiotic</i>		<i>doxercalciferol</i>	114
<i>fiber</i>	169	<i>doxy 100</i>	36
<i>digestive advantage kids daily probiotic gomitas</i>	168	<i>doxycycline</i>	37
<i>digestive advantage multi-strain probiotic ultra</i>	169	<i>doxycycline hyclate</i>	36
<i>digestive advantage prebiotic+probiotic</i>	169	<i>doxycycline monohydrate</i>	36, 37
<i>digestive advantage probiotic gomitas</i>	169	<i>doxycycline monohydrate cápsula 100 mg</i>	37
<i>digestive probiotic</i>	169	DRIZALMA.....	69
<i>digox</i>	63	<i>dronabinol</i>	115
<i>digoxin</i>	63	<i>drospirenone</i>	101
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	89	<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i>	101
DILANTIN.....	81	DROXIA.....	125
<i>diltiazem</i>	60	<i>droxidopa</i>	63
<i>diltiazem hcl</i>	60	<i>dry eye relief drops</i>	169
DILTIAZEM HCL.....	60	DUAVEE.....	107
<i>diltiazem hcl er</i>	60	DULERA.....	151
<i>diltiazem hydrochloride</i>	60, 61	<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	69
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	60	DUPIXENT.....	126
<i>dilt-xr</i>	60	DUREX REALFEEL NON-LATEX DISPOSITIVO.....	169
<i>dimenhydrinate</i>	169	<i>dutasteride</i>	121
DIMENHYDRINATE.....	115	<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	121
<i>diphenhydramine hcl</i>	169	<i>d-vi-sol</i>	169
<i>diphenhydramine hcl/zinc acetate</i>	169	<i>dynashield</i>	169
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	146, 169	E	
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	119	<i>easy check glucose control solution normal</i>	169
<i>disopyramide phosphate</i>	56	<i>easymax control solution normal</i>	170
<i>disulfiram</i>	92	<i>easy plus ii control solution low</i>	169
<i>divalproex sodium dr</i>	81	<i>easy step control solution low</i>	169
<i>divalproex sodium er</i>	81	<i>easy talk control solution low</i>	169
<i>docosanol</i>	169	<i>easy talk control solution normal</i>	169
<i>docusate calcium</i>	169	<i>easy talk plus ii control low</i>	169
<i>docusate sodium</i>	169	<i>easy trak glucose controlsolution low</i>	170
DOCUSATE SODIUM.....	169	<i>easy trak glucose controlsolution normal</i>	170
<i>dofetilide</i>	56	<i>easy trak ii control solución/normal</i>	170
<i>dolishale</i>	101	EBGLYSS.....	126
<i>donepezil hcl</i>	67	<i>econazole nitrate</i>	153
<i>donepezil hydrochloride</i>	67	EDARBI.....	55
DOPTELET.....	125	EDARBYCLOR.....	54
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	143	<i>ed chlorped jr</i>	170
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	143	EDURANT PED.....	25
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	143		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>efavirenz</i>	26	<i>eplerenone</i>	53
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	28	<i>epoprostenol sodium</i>	65
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	28	<i>eq1 2 in 1 probiotic</i>	170
<i>effe-r-k</i>	135	<i>eq1 4x probiotic</i>	170
<i>effervescent pain relief</i>	170	<i>eq1 astringente para la piel</i>	170
<i>element low control</i>	170	<i>eq1 gel de ducha de alta potencia</i>	170
<i>element normal control</i>	170	<i>eq1 gel de ducha/manteca de karité</i>	170
ELIGARD	38	<i>eq1 gel de ducha/para piel sensible</i>	170
<i>elinest</i>	101	<i>eq1 jabón de manos transparente para rellenar</i>	170
ELIQUIS	122, 123	<i>eq1 jabón para manos</i>	170
ELIQUIS PAQ. INICIAL	122	<i>eq1 jabón para manos para rellenar</i>	170
<i>eluyring</i>	102	<i>eq1 limpiador suave para la piel</i>	170
<i>embrace control solution low</i>	170	<i>ergocalciferol</i>	170
<i>embrace evo glucose control solution level 1</i>	170	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	89
<i>embrace talk glucose control solution low</i>	170	ERIVEDGE	43
EMGALITY	89	ERLEADA	38
EMSAM	69	<i>erlotinib hydrochloride</i>	43
<i>emtricitabine</i>	26	<i>errin</i>	102
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	28	ERTACZO	153
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	28	<i>ertapenem sodium</i>	20
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta</i> 100 mg; 150 mg, 133 mg; 200 mg, 200 mg; 300 mg	28	<i>ery</i>	152
EMTRIVA	26	<i>erythromycin dr</i>	34
EMVERM	20	<i>erythromycin</i>	141, 152
<i>emzahn</i>	102	<i>erythromycin base</i>	34
<i>enalapril maleate</i>	53	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	152
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	52	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	34
ENBREL	126	<i>erythromycin lactobionate</i>	34
ENBREL MINI	126	ERZOFRI	75
ENBREL SURECLICK	126	<i>escitalopram oxalate</i>	69
ENCARE	170	ESCITALOPRAM OXALATE	69
<i>endocet</i>	18	<i>eslicarbazepine acetate</i>	81
<i>enema disposable</i>	170	<i>esomeprazole magnesium</i>	120, 170
ENGERIX-B	131	<i>esomeprazole magnesium dr</i>	171
<i>enilloring</i>	102	<i>esomeprazole sodium</i>	120
<i>enoxaparin sodium</i>	123	<i>estarylla</i>	102
ENSACOVE	43	<i>estradiol</i>	107, 108
<i>enskyce</i>	102	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	107
<i>entacapone</i>	72	<i>estradiol valerate</i>	107
<i>entecavir</i>	30	ESTRING	108
ENTRESTO	54	<i>ethambutol hydrochloride</i>	29
ENTYVIO	126	<i>ethosuximide</i>	82
<i>enulose</i>	117	ETHYL OLEATE	171
ENVARUSUS XR	129	<i>ethynodiol</i>	102
EPIDIOLEX	81	<i>etodolac</i>	16
<i>epinastine hcl</i>	143	<i>etodolac er</i>	16
<i>epinephrine</i>	148	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	102
		<i>etravirine</i>	26

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>eucerin gel de ducha calmante para la piel</i>	171	FIASP.....	94
<i>eucerin limpiador avanzado</i>	171	FIASP FLEXTOUCH.....	94
EUCRISA.....	157	FIASP PENFILL.....	94
EULEXIN.....	39	FIASP PUMPCART.....	94
<i>everolimus</i>	43, 44, 129	<i>fiber powder</i>	171
<i>evolution control solution normal</i>	171	<i>fidaxomicin</i>	34
EVOTAZ.....	28	FILSPARI.....	121
<i>exemestane</i>	39	<i>finasteride</i>	121
<i>ex-lax</i>	171	<i>fingolimid hydrochloride</i>	91
EXXUA.....	69	FINTEPLA.....	82
EXXUA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS.....	69	<i>finzala</i>	102
<i>eye allergy relief</i>	171	FIRMAGON.....	39
EYSUVIS.....	144	<i>flanders buttocks</i>	171
<i>ezetimibe</i>	58	FLAREX.....	142
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	58	FLAVORX.....	171
F		<i>flecainide acetate</i>	56
<i>falmina</i>	102	<i>flexitol jabón para piel sensible</i>	172
<i>famciclovir</i>	30	<i>florastart</i>	172
<i>famotidine</i>	117, 171	<i>florastor</i>	172
<i>famotidine premixed</i>	116	<i>floraxis</i>	172
FANAPT.....	76	<i>fluconazole</i>	24
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS A ..	76	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	24
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS B ..	76	<i>flucytosine</i>	24
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS C ..	76	<i>fludrocortisone acetate</i>	109
FARXIGA.....	96	<i>flunisolide</i>	150
FASENRA.....	148	<i>fluocinolone acetonide</i>	145, 155, 156
FC2 FEMALE CONDOM.....	171	<i>fluocinolone acetonide para el cuero cabelludo</i>	155
<i>febuxostat</i>	15	<i>fluocinolone acetonide para el cuerpo</i>	155
<i>feirza 1.5/30</i>	102	<i>fluocinonide</i>	156
<i>feirza 1/20</i>	102	<i>fluocinonide emulsified base</i>	156
<i>felbamate</i>	82	<i>fluoride</i>	135
<i>felodipine er</i>	61	<i>fluoridex daily defense</i>	159
<i>fenofibrate</i>	56	FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE ..	159
<i>fenofibrate micronized</i>	56	<i>fluorimax 5000</i>	159
<i>fenofibric acid dr</i>	56	FLUORIMAX 5000 SENSITIVE.....	159
<i>fentanyl</i>	17	<i>fluorometholone</i>	142
<i>ferrous fumarate 324</i>	171	<i>fluorouracil</i>	157
<i>ferrous gluconate tableta 240 mg, 324 mg</i>	171	FLUOROURACIL.....	157
<i>ferrous sulfate</i>	171	<i>fluoxetine dr</i>	70
<i>fesoterodine fumarate er</i>	121	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	70
FETZIMA.....	69	<i>fluphenazine decanoate</i>	76
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS....	69	<i>fluphenazine hcl</i>	76
<i>fexofenadine hcl childrens allergy</i>	171	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	76
<i>fexofenadine hydrochloride</i>	171	<i>flurbiprofen</i>	16
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine</i>		<i>flurbiprofen sodium</i>	142
<i>hydrochloride er</i>	171	<i>fluticasone</i>	151

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
FLUTICASONE FUROATE/VILANTEROL		GASAS CURITY.....	94
ELLIPTA	151	gatifloxacin.....	141
fluticasone propionate.....	150, 156, 172	gavilyte-c.....	117
fluticasone propionate/salmeterol.....	151	gavilyte-g.....	117
FLUTICASONE PROPIONATE/SALMETEROL		gavilyte-n/paquete saborizado.....	118
HFA.....	151	GAVISCON	172
fluvastatin.....	57	GAVRETO	44
fluvastatin sodium er.....	57	gel100 control solution normal.....	172
fluvoxamine maleate.....	66	gefitinib	44
fluvoxamine maleate er.....	66	gemfibrozil.....	57
folic acid.....	172	GEMTESA.....	121
folic acid/vitamin b-6/vitamin b-12.....	172	generlac.....	118
FOLPLEX 2.2.....	172	gengraf.....	130
fomepizole	111	GENOTROPIN	111
fondaparinux sodium	123	GENOTROPIN MINIQUICK	111
fondcircle control solution	172	gentamicin sulfate	21, 141, 152
foracare gdh control solution low.....	172	gentamicin sulfate pediátrico.....	21
foracare gdh control solution normal.....	172	gentamicin sulfate/sodium chloride.....	21
fora control solution low.....	172	GENTEAL SEVERE TEARS.....	172
fora control solution normal.....	172	genteal tears liquid drops moderate	172
fortiscare control solutions low	172	genteal tears moderate pf.....	172
fortiscare control solutions normal.....	172	genteal tears severe day/night.....	172
fosamprenavir calcium.....	26	GENVOYA	29
fosfomycin tromethamine	20	GILOTRIF	44
fosinopril sodium	53	glatiramer acetate	91
fosinopril sodium/hydrochlorothiazide	53	glatopa	91
fosphenytoin sodium.....	82	glimepiride	96
FOTIVDA.....	44	glipizide.....	96
free + pure daily probiotic	172	glipizide er	96
free & clear para piel sensible.....	172	glipizide/metformin hydrochloride.....	96
FRUZAQLA	44	glucocard 01 control solution/normal.....	172
ft caldyphen.....	172	glucocard x-meter controlsolution/normal	173
ft limpiador para piel.....	172	glucocom normal control	173
ft probiotic.....	172	glucose control normal	173
ft probiotic childrens	172	GLUCOSE (DEXTROSE) 50 %	139
furosemide.....	62	glucose gel	173
fyavolv.....	108	glucose tableta	173
G		glycerin adult supositorio	173
gabapentin.....	82	glycerin infants & children suppository.....	173
galantamine hydrobromide	67	glycopyrrolate	116
galantamine hydrobromide er.....	67	GLYXAMBI	96
galbriela.....	102	gnp caldyphen	173
gallifrey	113	gnp limpiador suave para pieles sensibles	173
GAMUNEX-C	129	gnp probiotic extra strength.....	173
ganciclovir	30	gnp vitamin a/d ointment	173
GARDASIL 9	131	gojji control solution normal	173

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gold bond gel de ducha de hidratación profunda definitiva para pieles sensibles/extracto de avena</i> . 173		HUMULIN R U-500 KWIKPEN	94
<i>gold bond gel de ducha de hidratación profunda definitiva suavizante/con manteca de karité</i> 173		<i>hydralazine hydrochloride</i>	64
<i>gold bond gel de ducha exfoliante de hidratación profunda definitiva</i> 173		<i>hydrocerin</i>	174
GOMEKLI	44	<i>hydrochlorothiazide</i>	62
GOOD START SUPREME AGUS ESTÉRIL	173	<i>hydrocodone</i>	18
<i>granisetron hydrochloride</i>	115	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	18
<i>griseofulvin microsize</i>	24	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	18
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	24	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	17
<i>guaifenesin</i>	173	<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	18
<i>guaifenesin/codeine</i>	173	<i>hydrocortisone</i>	109, 117, 156, 174
<i>guaifenesin/dextromethorphan</i>	174	HYDROCORTISONE	174
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide</i> 173, 174		<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	145
<i>guaifenesin er</i>	173	<i>hydrocortisone/aloe</i>	174
<i>guanfacine</i>	87, 88	<i>hydrocortisone perianal</i>	157
<i>guanfacine hydrochloride</i>	63	<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	109
<i>gvoke</i>	110	<i>hydrocortisone valerate</i>	156
<i>gvoke hypopen</i>	110	<i>hydrolatum</i>	174
H		<i>hydromorphone hcl</i>	18
HADLIMA.....	126	HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE	18
HADLIMA PUSH TOUCH	126	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	128
HAEGARDA	125	<i>hydroxyurea</i>	41
<i>hailey 1.5/30</i>	102	<i>hydroxyzine</i>	147
<i>hailey 24 fe</i>	102	<i>hydroxyzine hcl</i>	147
<i>hailey fe 1.5/30</i>	102	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	147
<i>hailey fe 1/20</i>	102	<i>hydroxyzine pamoate</i>	147
<i>halobetasol propionate</i>	156	HYRNUO	44
<i>haloperidol</i>	76	I	
<i>haloperidol decanoate</i>	76	<i>ibandronate sodium</i>	99
<i>haloperidol lactate</i>	76	IBRANCE	44
HAVRIX	131	IBTROZI.....	44
<i>heather</i>	102	<i>ibu</i>	16
<i>hemorrhoidal pomada</i>	174	<i>ibuprofen</i>	16, 174
<i>heparin sodium</i>	123	<i>ibuprofen infants</i>	174
HEPARIN SODIUM.....	123	<i>icatibant acetate</i>	125
HEPARIN SODIUM/D5W	123	<i>iclevia</i>	102
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE.....	123	ICLUSIG.....	44, 45
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 %.....	123	IDHIFA	45
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE.....	123	IDVYNZO.....	29
HEPLISAV-B	131	<i>imatinib mesylate</i>	45
HERNEXEOS	44	IMBRUVICA.....	45
HIBERIX	131	<i>imipenem/cilastatin</i>	21
<i>histex</i>	174	<i>imipramine hcl</i>	70
HUMIRA.....	126	<i>imipramine hydrochloride</i>	70
		<i>imiquimod</i>	157
		IMKELDI.....	45
		IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	131

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
INBRIJA	73	IWILFIN	41
<i>incassia</i>	102	IXIARO	131
INCRELEX	111	J	
INCRUSE ELLIPTA	146	<i>jaimiess</i>	102
<i>indapamide</i>	62	JAKAFI	45
INFANRIX	131	<i>jantoven</i>	124
<i>infinity control solution normal</i>	174	JANUMET XR	96
<i>infinity voice level 2</i>	174	JARDIANCE	96
INLURIYO	39	<i>jasmiel</i>	102
INLYTA	45	<i>javygtor</i>	111
INQOVI	38	JAYPIRCA	45, 46
INREBIC	45	<i>jencycla</i>	102
INSTA-GLUCOSE GEL	174	JENTADUETO	96
INTELENCE	26	JENTADUETO XR	96
<i>introvale</i>	102	<i>jinteli</i>	108
INVEGA HAFYERA	76	<i>johnsons kids clean & fresh champú y gel de ducha</i> ..	174
INVEGA SUSTENNA	76, 77	<i>johnsons skin nourish lavado hidratante</i>	175
INVEGA TRINZA	77	JOURNAVX	15
<i>inyección de electrolitos múltiples tipo 1</i>	134	<i>juleber</i>	102
<i>ionil</i>	174	JULUCA	29
IPOL INACTIVADA IPV	131	<i>junel 1.5/30</i>	102
<i>ipratropium bromide</i>	146	<i>junel 1/20</i>	102
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	146	<i>junel fe 1.5/30</i>	102
<i>irbesartan</i>	55	<i>junel fe 1/20</i>	103
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>junel fe 24</i>	103
<i>iron</i>	174	<i>just right 5000</i>	159
IRON CHEWS PEDIATRIC	174	<i>just tears eye drops</i>	175
ISENTRESS	26	JYLAMVO	129
ISENTRESS HD	26	JYNNEOS	131
<i>isibloom</i>	102	K	
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5 %	133	<i>kaitlib fe</i>	103
ISOLYTE-S	134	<i>kala</i>	175
ISOLYTE-S PH 7.4	133	KALETRA	29
<i>isoniazid</i>	29	<i>kalliga</i>	103
<i>isopropyl alcohol toallitas</i>	174	<i>kaopectate</i>	175
<i>isosorbide dinitrate</i>	64	<i>kaopectate extra strength</i>	175
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	64	<i>kariva</i>	103
<i>isosorbide mononitrate er</i>	64	<i>kcl 0.3 %/d5w/nacl 0.9 %</i>	134
<i>isotonic gentamicin</i>	21	<i>kcl 0.3 %/d5w/nacl 0.45 %</i>	134
<i>isotretinoin</i>	152	<i>kcl 0.15 %/d5w/nacl 0.2 %</i>	134
<i>isradipine</i>	61	<i>kcl 0.15 %/d5w/nacl 0.9 %</i>	134
ISTURISA	111	<i>kcl 0.15 %/d5w/nacl 0.45 %</i>	134
ITOVEBI	45	<i>kcl 0.075 %/d5w/nacl 0.45 %</i>	134
<i>itraconazole</i>	24	KEIMPTA	91
<i>ivabradine hydrochloride</i>	64	<i>kelnor 1/35</i>	103
<i>ivermectin</i>	21, 174		
IVIZIA SEVERE/NIGHT DRY EYES	174		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
KERENDIA	53	<i>lapatinib ditosylate</i>	46
<i>kerodex 71 wet</i>	175	<i>larin 1.5/30</i>	103
<i>ketoconazole</i>	24, 153	<i>larin 1/20</i>	103
<i>ketodan</i>	153	<i>larin 24 fe</i>	103
KETONE TIRAS REACTIVAS	175	<i>larin fe 1.5/30</i>	103
<i>ketorolac tromethamine</i>	16, 142	<i>larin fe 1/20</i>	103
KETOSTIX TIRA.....	175	<i>latanoprost</i>	143
<i>ketotifen fumarate</i>	175	<i>laxative maximum strength</i>	175
KINERET.....	126	LAZCLUZE.....	46
KINRIX.....	131	<i>leflunomide</i>	129
<i>kionex</i>	100	<i>lenalidomide</i>	40
KISQALI.....	46	LENTOCILIN.....	36
<i>klayesta</i>	153	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....	46
<i>klor-con</i>	136	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	46
<i>klor-con 8</i>	135	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE.....	46
<i>klor-con 10</i>	135	LENVIMA 12 MG DAILY DOSE.....	46
<i>klor-con m10</i>	135	LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA.....	46
<i>klor-con m15</i>	135	LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA.....	46
<i>klor-con m20</i>	136	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE.....	46
KLOXXADO.....	92	LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA.....	46
KOMZIFTI	46	LEQEMBI IQLIK.....	67
KONSYL DAILY FIBER	175	<i>lessina</i>	103
KOSELUGO	46	<i>letrozole</i>	39
<i>kourzeq</i>	159	<i>leucovorin calcium</i>	41
<i>kp limpiador para piel sensible</i>	175	LEUKERAN.....	37
KRAZATI	46	LEUKINE	124
<i>kristalose</i>	118	<i>leuprolide acetate</i>	39
<i>kurvelo</i>	103	<i>levalbuterol</i>	148
L		<i>levalbuterol hcl</i>	147
<i>labetalol hydrochloride</i>	59	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	147
<i>lacosamide</i>	82	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	148
<i>lactated ringers</i>	134	<i>levetiracetam</i>	83
<i>lactobacillus</i>	175	LEVETIRACETAM	83
LACTOSE MONOHYDRATE.....	175	<i>levetiracetam er</i>	83
<i>lactulose</i>	118	<i>levetiracetam/sodium chloride</i>	83
<i>lamivudine</i>	26, 30	<i>levobunolol hcl</i>	143
<i>lamivudine/zidovudine</i>	29	<i>levocarnitine</i>	111
<i>lamotrigine</i>	83	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	147, 175
<i>lamotrigine er</i>	82	<i>levofloxacin</i>	35, 141
<i>lamotrigine kit inicial/kit anaranjado</i>	83	<i>levofloxacin in d5w</i>	34
<i>lamotrigine kit inicial/kit verde</i>	83	<i>levonest</i>	103
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	83	<i>levonorgestrel</i>	175
<i>lamotrigine tabs. bucodispersables</i>	83	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	103
<i>lansoprazole</i>	120, 175	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	103
LANTUS.....	94	<i>levora 0.15/30-28</i>	103
LANTUS SOLOSTAR	94	<i>levo-t</i>	113
		LEVOTHYROCINE.....	113

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>levothyroxine sodium</i>	114	<i>loratadine childrens</i>	176
LEVOTHYROXINE SODIUM	113	<i>loratadine-d 12hr</i>	176
<i>levoxyl</i>	114	<i>loratadine-d 24hr</i>	176
<i>l-glutamine</i>	125	<i>lorazepam</i>	66
<i>liberty glucose control normal</i>	175	<i>lorazepam intensol</i>	66
<i>lice killing champú</i>	175	LORBRENA	46, 47
<i>lice treatment</i>	175	<i>loryna</i>	103
<i>lidocaine</i>	15, 157, 175	<i>losartan potassium</i>	55
<i>lidocaine hcl</i>	15, 56	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	54
LIDOCAINE HCL	56	LOTEMAX	142
LIDOCAINE HCL IN D5W	56	LOTEMAX SM	142
<i>lidocaine hydrochloride</i>	15, 175	<i>loteprednol</i>	140
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	159	<i>loteprednol etabonate</i>	142, 143
<i>lidocaine/prilocaine</i>	157	<i>lovastatin</i>	57
<i>lidocaine topical anesthetic</i>	175	<i>loxapine</i>	77
<i>lidocaine viscous</i>	159	<i>lo-zumandimine</i>	103
<i>lidocan</i>	157	<i>lubiprostone</i>	119
LIFYORLI	39	<i>lubricant eye</i>	176
LILETTA DISPOSITIVO INTRAUTERINO	103	<i>lubricant eye drops</i>	176
<i>limpiador facial refrescante</i>	182	<i>lubricating eye drops</i>	176
<i>limpiador para cabello y cuerpo</i>	182	<i>luizza 1.5/30</i>	103
<i>limpiador para piel sensible</i>	172	<i>luizza 1/20</i>	104
<i>linezolid</i>	21	LUMAKRAS	47
LINEZOLID	21	LUMIGAN	143
LINZESS	119	LUPRON DEPOT	39
<i>liomny</i>	114	LUPRON DEPOT-PED	111
<i>liothyronine sodium</i>	114	<i>lurasidone hydrochloride</i>	77
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	88	<i>luteria</i>	104
<i>lisinopril</i>	53	LYBALVI	77
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	53	<i>lyleq</i>	104
<i>lithium</i>	90	<i>lyllana</i>	108
<i>lithium carbonate</i>	90	LYNPARZA	47
<i>lithium carbonate er</i>	90	LYSODREN	39
LIVTENCITY	30	LYTGOBI	47
<i>loción hidratante</i>	177	<i>lyza</i>	104
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	103	M	
<i>loestrin 1/20-21</i>	103	<i>macitentan</i>	65
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	103	<i>magnesium</i>	134, 176
<i>loestrin fe 1/20</i>	103	<i>magnesium citrate</i>	176
LOHIST-DM JARABE	175	<i>magnesium oxide</i>	176
<i>lojaimiess</i>	103	MAGNESIUM SULFATE	134
LOKELMA	100	<i>malathion</i>	158
<i>lomustine</i>	37, 38	<i>maraviroc</i>	26
LONSURF	38	<i>marlissa</i>	104
<i>loperamide hydrochloride</i>	119, 175	MARPLAN	70
<i>lopinavir/ritonavir</i>	29	MATULANE	41
<i>loratadine</i>	176		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>matzim</i>	61	<i>methylprednisolone paq. de dosis</i>	109
MAVYRET	30, 31	<i>methylprednisolone sodium succinate</i>	109
M-CLEAR WC	176	<i>metoclopramide hcl</i>	115
<i>meclizine</i>	115	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	115
<i>meclizine hcl</i>	115	<i>metolazone</i>	63
<i>meclizine hydrochloride</i>	115, 176	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	58
<i>mederma ag limpiador corporal</i>	176	<i>metoprolol succinate er</i>	59
<i>mederma ag tónico facial</i>	176	<i>metoprolol tartrate</i>	59
<i>medi-paste pomada</i>	176	<i>metronidazole</i>	21, 158
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	104, 113	<i>metronidazole vaginal</i>	122
<i>mefloquine hydrochloride</i>	25	<i>metyrosine</i>	64
<i>megestrol acetate</i>	39, 113	<i>mibelas 24 fe</i>	104
MEKINIST	47	<i>micafungin</i>	24
MEKTOVI	47	<i>miconazole</i>	176
<i>melatonin</i>	176	<i>miconazole 1 kit</i>	176
<i>meleya</i>	104	<i>miconazole 3</i>	122, 176
<i>meloxicam</i>	16	<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	176
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	67	MICONAZOLE 7	176
<i>memantine hcl paq. de ajuste de la dosis</i>	67	<i>miconazole nitrate</i>	176
<i>memantine hydrochloride</i>	67	<i>microgestin 1.5/30</i>	104
<i>memantine hydrochloride er</i>	67	<i>microgestin 1/20</i>	104
MENQUADFI	131	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	104
MENVEO	131	<i>microgestin fe 1/20</i>	104
<i>mercaptapurine</i>	38	<i>midodrine hydrochloride</i>	64
<i>meropenem</i>	21	MIEBO	144
<i>mesalamine</i>	117	<i>mifepristone</i>	112
<i>mesalamine dr</i>	117	<i>miglitol</i>	97
<i>mesna</i>	41	<i>mili</i>	104
<i>metformin hydrochloride</i>	97	<i>milk of magnesia</i>	176
<i>metformin hydrochloride er</i>	96, 97	<i>mimvey</i>	108
<i>methadone hcl</i>	17	MINERAL OIL HEAVY	177
<i>methadone hydrochloride</i>	17	MINERAL OIL LIGHT	177
<i>methazolamide</i>	62	<i>minerin crème</i>	177
<i>methenamine hippurate</i>	21	<i>minicápsulas de aceite de pescado</i>	171
<i>methenamine mandelate</i>	21	<i>minocycline hcl</i>	37
<i>methergine</i>	111	<i>minocycline hydrochloride</i>	37
<i>methimazole</i>	114	<i>minoxidil</i>	64
<i>methotrexate</i>	38	<i>mirabegron er</i>	121
<i>methotrexate sodium</i>	38, 129	<i>mirtazapine</i>	70
<i>methoxsalen</i>	154	<i>mirtazapine tabs. bucodispersables</i>	70
<i>methscopolamine bromide</i>	116	<i>misoprostol</i>	119
<i>methsuximide</i>	83	M-M-R II	131
<i>methylergonovine maleate</i>	111	M-NATAL PLUS	136
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	88	<i>modafinil</i>	92
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	88	MODEYSO	41
<i>methylprednisolone</i>	109	<i>moexipril hydrochloride</i>	53
<i>methylprednisolone acetate</i>	109	<i>molindone hydrochloride</i>	77

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>mometasone furoate</i>	150, 156	<i>naratriptan</i>	89
<i>mondoxyne nl</i>	37	NATACYN	141
<i>mono-lynyah</i>	104	<i>nateglinide</i>	97
<i>montelukast sodium</i>	148	<i>natrapel</i>	178
<i>morphine</i>	19	<i>natural fiber</i>	178
<i>morphine sulfate</i>	18, 19	NAYZILAM	83
MORPHINE SULFATE	18	<i>nebivolol hydrochloride</i>	59
<i>morphine sulfate er</i>	17	<i>necon 0.5/35-28</i>	104
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE	17	<i>nefazodone hydrochloride</i>	70
MOUNJARO	97	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	141
MOVANTIK	119	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	140
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	35, 141	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	140
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	35	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	141
MRESVIA	131	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	145
<i>mucinex fast-max congestion & headache maximum strength</i>	177	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	140, 145
<i>mucinex sinus-max severe congestion & pain maximum strength</i>	177	<i>neomycin sulfate</i>	21
<i>mucus dm</i>	177	NEONATAL PLUS	136
MULTAQ	56	NERLYNX	47
MULTI COMPLETE	177	NEUDEXTA	90
MULTIPLE VITAMINS/IRON	177	<i>neutrogena limpiador facial de limpieza profunda</i>	178
<i>multi vitamin/fluoride</i>	136	<i>nevirapine</i>	26
<i>multivitamin/fluoride</i>	136	<i>nevirapine er</i>	26
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	136	NEXLETOL	58
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON	178	NEXLIZET	58
MULTIVITAMÍNICO	177	NEXPLANON	104
MULTIVITAMÍNICO/FLUORIDE	178	<i>niacin</i>	58, 178
MULTIVITAMÍNICO/IRON	178	<i>niacin er</i>	58
MULTIVITAMÍNICO PARA NIÑOS	177	<i>niacin timed release</i>	178
MULTIVITAMIN PLUS IRON PARA NIÑOS	177	<i>niacin tr</i>	178
<i>multivitamins</i>	178	<i>niacro</i>	58
MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER	178	<i>nicardipine hcl</i>	61
<i>mupirocin</i>	153	<i>nicotine</i>	179
<i>mycophenolate mofetil</i>	130	<i>nicotine polacrilex</i>	179
<i>mycophenolic acid dr</i>	130	NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM KIT	179
N		<i>nicotine transdermal system patch</i>	179
<i>nabumetone</i>	16	NICOTROL NS	93
<i>nadolol</i>	59	<i>nifedipine er</i>	61
<i>nafticillin sodium</i>	36	<i>nikki</i>	104
<i>naloxone hcl</i>	92	<i>nilotinib</i>	47
<i>naloxone hydrochloride</i>	92, 93, 178	NILOTINIB	47
NAMZARIC	67	<i>nilutamide</i>	39
<i>naproxen</i>	16	NINLARO	47
<i>naproxen dr</i>	16	<i>nintedanib</i>	148
<i>naproxen sodium</i>	16, 178	<i>nisoldipine</i>	61
		<i>nitazoxanide</i>	22
		<i>nitisinona</i>	112
		<i>nitisinone</i>	112

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
NITRO-BID	64	O	
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	22	<i>octreotide acetate</i>	112
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	22	ODEFSEY	29
<i>nitroglycerin</i>	64, 158	ODMZO	48
NITROGLYCERIN	64	OFEV	149
<i>nitroglycerin parche transdérmico</i>	64	<i>off active</i>	179
<i>nitroglycerin translingual</i>	64	<i>off deep woods dry</i>	179
NIVA-PLUS	137	<i>off deep woods sportsmen</i>	179
<i>nizatidine</i>	117	<i>off familycare clean feel</i>	179
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	104	<i>off smooth & dry</i>	179
<i>norethindrone</i>	105	<i>ofloxacin</i>	142, 145
<i>norethindrone acetate</i>	113	OGSIVEO	48
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	104, 108	OJEMDA	48
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	104	OJJAARA	48
<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous</i>	104	<i>olanzapine</i>	77
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	105	<i>olanzapine tabs. bucodispersables</i>	77
<i>norlyroc</i>	105	OLIVE OIL	179
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	105	<i>olmesartan medoxomil</i>	55
<i>nortrel 1/35</i>	105	<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>nortrel 7/7/7</i>	105	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	55
<i>nortriptyline hcl</i>	70	<i>olopatadine hcl</i>	147
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	70	<i>olopatadine hydrochloride</i>	179
NORVIR	26	<i>omega 3</i>	179
NOVOLIN 70/30	94	<i>omega-3</i>	179
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	94	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	58
NOVOLIN N	94	<i>omega-3 fish oil</i>	179
NOVOLIN N FLEXPEN	94	<i>omeprazole</i>	120, 179
NOVOLIN R	95	<i>omeprazole dr</i>	120, 179
NOVOLIN R FLEXPEN	95	<i>omeprazole magnesium</i>	179
NOVOLOG	95	ONCASPAR	41
NOVOLOG FLEXPEN	95	<i>ondansetron hcl</i>	115
NOVOLOG MIX 70/30	95	<i>ondansetron hydrochloride</i>	115
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	95	<i>ondansetron tabs. bucodispersables</i>	115
NOVOLOG PENFILL	95	ONETOUCH ULTRA CONTROL	179
NUBEQA	39	ONETOUCH VERIO LEVEL 4 CONTROL	179
NUCALA	149	ONUREG	38
NULOJIX	130	OPILL	179
NUPLAZID	77	OPIPZA	78
NURTEC	89	OPTIONS GYNOL II VAGINAL CONTRACEPTIVE	179
NUTRILIPID	139	<i>oralone pasta dental</i>	159
NUZYRA	37	ORGOVYX	40
<i>nyamyc</i>	153	<i>orquidea</i>	105
<i>nylia 1/35</i>	105	ORSERDU	40
<i>nylia 7/7/7</i>	105	<i>orsythia</i>	105
<i>nystatin</i>	24, 153, 159	<i>oseltamivir phosphate</i>	31
<i>nystop</i>	153		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
OSPOMYV	99	PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	36
OTEZLA	127	<i>penicillin g sodium</i>	36
OTEZLA/OTEZLA XR 28 DÍAS	127	<i>penicillin v potassium</i>	36
OTEZLA XR	127	PENMENVY	131
<i>ovega-3</i>	180	PENTACEL	132
<i>oxacillin sodium</i>	36	<i>pentamidine isethionate</i>	22
<i>oxaprozin</i>	16	<i>pentoxifylline er</i>	125
<i>oxazepam</i>	66	<i>perampanel</i>	83, 84
<i>oxcarbazepine</i>	83	<i>perindopril erbumine</i>	53
<i>oxybutynin chloride</i>	122	<i>periogard</i>	159
<i>oxybutynin chloride er</i>	122	<i>permethrin</i>	158
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	19	<i>perphenazine</i>	78
<i>oxycodone hcl</i>	19	<i>perphenazine/amitriptyline</i>	71
<i>oxycodone hydrochloride</i>	19	PETROLATUM POMADA	180
<i>oxymetazoline hydrochloride</i>	180	<i>phenazopyridine hydrochloride</i>	180
<i>oyster shell calcium</i>	180	PHENAZOPYRIDINE HYDROCHLORIDE	180
OZEMPIC	97	<i>phenelzine sulfate</i>	71
P		<i>phenobarbital</i>	84
<i>pacerone</i>	56	<i>phenobarbital sodium</i>	84
<i>paladin</i>	180	<i>phenytekt</i>	84
<i>paliperidone er</i>	78	<i>phenytoin</i>	84
<i>pamidronate disodium</i>	99	<i>phenytoin sodium</i>	84
PAMIDRONATE DISODIUM	99	<i>phenytoin sodium extended</i>	84
PANRETIN	158	<i>philith</i>	105
<i>pantoprazole sodium</i>	120	PHOSPHOROUS	180
<i>paricalcitol</i>	114	PHOSPHO-TRIN K500	180
<i>paroxetine</i>	90	<i>phytonadione</i>	180
<i>paroxetine hcl</i>	70	PIFELTRO	26
<i>paroxetine hcl er</i>	70	<i>pilocarpine hcl</i>	143
<i>paroxetine hydrochloride</i>	70	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	143, 159
<i>pataday extra strength</i>	180	<i>pimecrolimus</i>	158
PAXLOVID	31	<i>pimozide</i>	78
<i>pazopanib</i>	48	<i>pimtrea</i>	105
<i>pazopanib hydrochloride</i>	48	<i>pindolol</i>	59
PCCA SORBITOL LOLLIPOP BASE EN ESCAMAS	180	<i>pink bismuth</i>	180
PEDIA-LAX	180	<i>pink bismuth maximum strength</i>	180
PEDIARIX	131	<i>pinworm</i>	180
PEDVAXHIB	131	<i>pinxav</i>	180
<i>peg-3350/electrolytes</i>	118	<i>pioglitazone hcl</i>	97
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	118	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	97
PEGASYS	31	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	97
PEMAZYRE	48	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	97
PENBRAYA	131	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	36
<i>penicillamine</i>	100	PIQRAY 200 MG DAILY DOSE	48
<i>penicillin g potassium</i>	36	PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA	48
		PIQRAY 300 MG	48

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>pirfenidone</i>	149	PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	159
<i>piroxicam</i>	16	PREVYMIS	31
<i>pitavastatin calcium</i>	57	PREZCOBIX	29
<i>plenamine</i>	139	PREZISTA	27
PLENVU	118	PRIFTIN	30
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN	137	<i>primadophilus kids</i>	181
<i>podofilox</i>	158	<i>primaquine phosphate</i>	25
<i>polyethylene glycol 3350</i>	180	<i>primidone</i>	84
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	142	PRIORIX	132
<i>polysaccharide-iron</i>	180	PRIVIGEN	129
<i>polyvinyl alcohol</i>	180	<i>probenecid</i>	15
POLY-VI-SOL	180	<i>probenecid/colchicine</i>	15
POMALYST	40	<i>probiotic</i>	181
<i>portia-28</i>	105	<i>probiotic + immune</i>	181
<i>posaconazole dr</i>	24	<i>probiotic acidophilus</i>	181
<i>potassium</i>	134	<i>probiotic chocolate bears childrens</i>	181
<i>potassium chloride</i>	135, 137	<i>probiotic digestive support extra strength</i>	181
POTASSIUM CHLORIDE	135	<i>probiotic formula</i>	181
<i>potassium chloride/dextrose</i>	134	<i>probiotic gummies</i>	181
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	134	<i>probiotic multi-enzyme</i>	181
<i>potassium chloride er</i>	137	<i>prochlorperazine</i>	115
<i>potassium citrate er</i>	121	<i>prochlorperazine edisylate</i>	115
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	73	<i>prochlorperazine maleate</i>	115
<i>pramoxine hcl</i>	180	PROCRT	124
<i>prasugrel hydrochloride</i>	125	<i>proctocort</i>	158
<i>pravastatin sodium</i>	57	<i>procto-med hc</i>	158
<i>praziquantel</i>	22	<i>proctosol hc</i>	158
<i>prazosin hydrochloride</i>	54	<i>proctozone-hc</i>	158
<i>prednisolone</i>	109	<i>prodigy control solution low</i>	181
<i>prednisolone acetate</i>	143	<i>progesterone</i>	113
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	109	PROGRAF	130
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	143	PROLASTIN-C	149
<i>prednisone</i>	109	<i>promethazine hcl</i>	115, 116
PREDNISONA INTENSOL	109	<i>promethazine hydrochloride</i>	116
<i>prednisone tableta paq. de tratamiento</i>	109	<i>promethegan</i>	116
<i>pregabalin</i>	84	<i>propafenone hcl</i>	56
<i>pregabalin er</i>	90	<i>propafenone hydrochloride</i>	56
PREMARIN	108	<i>propafenone hydrochloride er</i>	56
PREMASOL	140	<i>proparacaine hcl</i>	144
PREMPRO	108	<i>propranolol hcl</i>	59
PRENATABS FA	180	<i>propranolol hydrochloride</i>	60
PRENATABS RX	180	<i>propranolol hydrochloride er</i>	59
PRENATAL	137, 181	<i>propylthiouracil</i>	114
PRENATAL 19	180	PROQUAD	132
PRENATAL PLUS VITAMINA Y MINERALES	137	PROSOL	140
<i>prestige glucose control</i>	181	<i>protriptyline hcl</i>	71
PRETOMANID	29	<i>provella</i>	181

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>pseudoephedrine hydrochloride</i>	181	REFRESH RELIEVA PF	182
<i>pseudoephedrine hydrochloride er maximum strength</i>	181	REFRESH RELIEVA PF XTRA	182
<i>psyllium fiber</i>	182	REFRESH TEARS PF	182
PULMOZYME	149	<i>rehyla limpiador</i>	182
<i>purpose limpiador suave</i>	182	RELENZA DISKHALER.....	31
PYCHIVA	127	<i>repaglinide</i>	97
<i>pyrazinamide</i>	30	REPATHA SURECLICK.....	58
<i>pyridostigmine bromide</i>	90	REPATHAT	58
<i>pyridostigmine bromide er</i>	90	<i>repel family</i>	182
<i>pyrimethamine</i>	22	<i>repel sportsmen dry</i>	182
PYZCHIVA.....	127	<i>repel sportsmen max</i>	182
Q		RESTASIS	144
<i>qc calamine medicated</i>	182	RESTASIS MULTIDOSE.....	144
<i>qc pink bismuth</i>	182	RETEVMO	48
<i>qc psyllium fiber</i>	182	REVCovi.....	112
QINLOCK.....	48	REVUFORJ	48
QUADRACEL	132	REXTOVY.....	93
<i>quetiapine fumarate</i>	78	REXULTI	78
<i>quetiapine fumarate er</i>	78	REYATAZ	27
<i>quinapril hydrochloride</i>	53	REZDIFFRA.....	112
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	53	REZLIDHIA	48
<i>quinidine sulfate</i>	56	REZUROCK.....	130
<i>quinine sulfate</i>	25	RHOPRESSA.....	144
QULIPTA.....	89	<i>ribavirin</i>	31
R		<i>rifabutin</i>	30
RABAVERT.....	132	<i>rifampin</i>	30
<i>rabeprazole sodium</i>	120	<i>rightest gc300 normal control</i>	182
RALDESY	71	<i>rilpivirine</i>	27
<i>raloxifene hydrochloride</i>	112	<i>riluzole</i>	90
<i>ramipril</i>	53	<i>rimantadine</i>	31, 72
<i>ranger ready repellent</i>	182	RINGERS INYECCIÓN	135
<i>ranolazine er</i>	64	RINVOQ.....	127
<i>ra probiotic gummies</i>	182	RINVOQ LQ.....	127
<i>rasagiline mesylate</i>	73	<i>risa-bid probiotic</i>	182
RASPBERRY JARABE	182	<i>risedronate sodium</i>	99
<i>reclipsen</i>	105	<i>risedronate sodium dr</i>	99
RECOMBIVAX HB.....	132	<i>risperidone</i>	79
REDEMPLO	58	<i>risperidone er</i>	78
<i>redness reliever eye drops</i>	182	<i>risperidone tabs. bucodispersables</i>	78, 79
REFRESH	182	<i>ritonavir</i>	27
REFRESH DIGITAL	182	<i>rivaroxaban</i>	124
<i>refresh limpiador</i>	182	<i>rivastigmine tartrate</i>	67
REFRESH OPTIVE.....	182	<i>rivastigmine transdermal</i>	67
REFRESH OPTIVE ADVANCED	182	<i>rizatriptan benzoate</i>	89
REFRESH OPTIVE PRESERVATIVE FREE.....	182	<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i>	89
		ROCKLATAN.....	144
		<i>roflumilast</i>	149

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>romidepsin</i>	49	<i>sevelamer carbonate</i>	113
ROMIDEPSIN.....	49	<i>sf</i> 159.....	
ROMVIMZA.....	49	<i>sharobel</i>	105
<i>ropinirole er</i>	73	SHINGRIX.....	132
<i>ropinirole hcl</i>	73	SIGNIFOR.....	112
<i>ropinirole hydrochloride</i>	73	SIKLOS.....	125
<i>rosuvastatin calcium</i>	57	<i>sildenafil</i>	65
<i>rosyrah</i>	105	<i>sildenafil citrate</i>	65
ROTARIX.....	132	<i>silodosin</i>	121
ROTATEQ.....	132	<i>silver sulfadiazine</i>	153
<i>roweepra</i>	84	SIMBRINZA.....	144
ROZLYTREK.....	49	<i>simethicone</i>	183
ROZYL TREK.....	49	<i>simliya</i>	105
RUBRACA.....	49	<i>simpepe</i>	105
<i>rufinamide</i>	84	SIMPLE JARABE.....	183
RUKOBIA.....	27	<i>simvastatin</i>	57
RYBELSUS.....	97	<i>sirolimus</i>	130
RYDAPT.....	49	SIRTURO.....	30
S		<i>sitagliptin</i>	98
<i>saccharomyces boulardii</i>	182	<i>sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride</i>	98
<i>saccharomycin df</i>	182	SIVEXTRO.....	22
<i>sacubitril/valsartan</i>	55	SKYRIZI.....	127
<i>saline aerosol nasal infants/childrens</i>	182	SKYRIZI PEN.....	127
<i>saline gel nasal</i>	182	<i>sleep aid</i>	183
SANTYL.....	158	<i>sleep-aid</i>	183
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	112	<i>smarty pants kids probiotic complete</i>	183
<i>sawyer insect repellent</i>	182	SM FOAMING ANTACID.....	183
<i>sawyer premium insect repellent</i>	183	<i>sm probiotic</i>	183
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	98	SM SLOW RELEASE IRON.....	183
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er</i>	98	<i>sodium bicarbonate</i>	135, 183
SCSEMBLIX.....	49	<i>sodium bicarbonate polvo</i>	183
<i>scopolamine parche</i>	116	<i>sodium chloride</i>	135, 183
SECUADO.....	79	SODIUM CHLORIDE.....	135
<i>selegiline hcl</i>	73	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	158
<i>selenium sulfide</i>	154	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	135
SELZENTRY.....	27	<i>sodium fluoride</i>	137, 160
<i>seni care crema para el cuerpo</i>	183	SODIUM FLUORIDE.....	183
<i>senna</i>	183	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	160
<i>senna smooth</i>	183	SODIUM FLUORIDE 5000 PPM SENSITIVE.....	160
<i>sennosides/docusate sodium</i>	183	<i>sodium fluoride 5000 ppm sequedad bucal</i>	160
<i>sensi-care crema hidratante</i>	183	SODIUM FLUORIDE/POTASSIUM NITRATE/ SENSITIVE.....	160
<i>sensi-care septi-soft concentrado</i>	183	<i>sodium oxybate</i>	92
SEREVENT DISKUS.....	148	<i>sodium phenylbutyrate</i>	112
<i>sertraline hcl</i>	71	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	100
<i>sertraline hydrochloride</i>	71	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	118
<i>setlakin</i>	105	<i>solifenacin succinate</i>	122

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SOLQUA 100/33	95	<i>sumatriptan succinate</i>	89
SOLTAMOX	40	<i>sunitinib</i>	49
SOLU-CORTEF	109	SUNLENCA	27
<i>solus v2 control low</i>	183	SUNLENCA PAQUETE DE TRATAMIENTO	
SOMATULINE DEPOT	112	TABLETA	27
SOMAVERT	112	SUSPENSIÓN ORAL	179
<i>soothe hydration</i>	183	SUSPENSION VEHICLE	184
<i>soothe xp</i>	183	SUTAB	118
<i>soothe xp/xtra protection</i>	183	<i>sv aceite de pescado</i>	184
<i>sorafenib tosylate</i>	49	<i>sween crema hidratante para el cuerpo</i>	184
<i>sorbidon hydrate</i>	183	<i>syeda</i>	105
SORBITOL	183, 184	SYMPAZAN	85
<i>sotalol hcl</i>	56	SYMTUZA	29
<i>sotalol hydrochloride</i>	56	SYNTHROID	114
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	56	SYRSPEND SF	184
SPIRIVA RESPIMAT	146	SYRUP VEHICLE	184
<i>spironolactone</i>	53	SYRUP VEHICLE SF	184
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	63	<i>systane complete</i>	184
<i>sprintec 28</i>	105	<i>systane contacts gotas calmantes</i>	184
SPRITAM	84, 85	SYSTANE GEL	184
<i>sps</i>	100		
<i>sronyx</i>	105	T	
SSD	153	TABLOID	38
<i>stablegi</i>	184	TABRECTA	49
STEVIA	184	<i>tacrolimus</i>	130, 158
STEVIOL	184	<i>tacrolimus er</i>	130
STEVIOSIDE	184	<i>tadalafil</i>	65, 121
STIVARGA	49	TAFINLAR	49
<i>streptomycin sulfate</i>	22	TAGRISSO	49
STRIBILD	29	<i>tai doc control solución</i>	184
<i>stye solución</i>	184	TALICIA	119
<i>subvenite</i>	85	TALZENNA	50
SUBVENITE	85	<i>tamoxifen citrate</i>	40
<i>subvenite kit inicial/kit anaranjado</i>	85	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	121
<i>subvenite kit inicial/kit verde</i>	85	<i>tarina 24 fe</i>	105
<i>subvenite starter kit/blue</i>	85	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	105
<i>sucrafate</i>	119	TARPEYO	121
<i>sulfacetamide sodium</i>	142, 152	<i>tasimelteon</i>	88
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>		TAVNEOS	125
<i>phosphate</i>	141	<i>tazarotene</i>	154
<i>sulfadiazine</i>	22	<i>tazicef</i>	34
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	22	TECVAYLI	50
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	22	<i>telmisartan</i>	55
SULFAMYLON	153	<i>telmisartan/amlodipine</i>	55
<i>sulfasalazine</i>	117	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	55
<i>sulindac</i>	16	<i>temazepam</i>	88
<i>sumatriptan</i>	89	<i>tena crema limpiadora para el cuidado de la piel</i>	184

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>tena gel de ducha para el cuidado de la piel</i>	184	<i>tolvaptan</i>	112
TENIVAC	132	<i>topiramate</i>	85
<i>tenofir disoprixil fumarate</i>	27	<i>toremifene citrate</i>	40
TEPMETKO	50	<i>torpenz</i>	50
<i>terazosin</i>	54	<i>torse mide</i>	63
<i>terazosin hydrochloride</i>	54	TOUJEO MAX SOLOSTAR	95
<i>terbinafine hcl</i>	24	TOUJEO SOLOSTART	95
<i>terbinafine hydrochloride</i>	184	TPN ELECTROLYTES	135
<i>terbutaline sulfate</i>	148	TRADJENTA	98
<i>terconazole</i>	122	<i>tramadol</i>	17
<i>teriflunomide</i>	91	<i>tramadol hydrochloride</i>	19
<i>testosterone</i>	93	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	19
<i>testosterone cypionate</i>	93	<i>tramadol hydrochloride er</i>	17
<i>testosterone enanthate</i>	93	<i>trandolapril</i>	53
<i>testosterone pump</i>	93	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	53
<i>tetrabenazine</i>	90	<i>tranexamic acid</i>	125
<i>tetracycline hydrochloride</i>	37	<i>tranexamic acid/sodium chloride</i>	125
THALOMID	40	<i>tranylcypromine sulfate</i>	71
<i>theophylline</i>	149	TRAVASOL	140
<i>theophylline er</i>	149	<i>travoprost</i>	144
<i>thera-gesic plus</i>	184	<i>trazodone hydrochloride</i>	71
<i>thioridazine hydrochloride</i>	79	TRELEGY ELLIPTA	146
<i>thiothixene</i>	79	TREMFYA	128
<i>tiadylt er</i>	61	TREMFYA PAQ. DE INDUCCIÓN PARA	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	85	ENFERMEDAD DE CROHN/COLITIS	
TIBSOSVO	50	ULCEROSA	128
<i>ticagrelor</i>	126	<i>tretinoin</i>	41, 152
TICOVAC	132	<i>triamcinolone acetonide</i>	110, 156, 157, 184
<i>tigecycline</i>	37	<i>triamcinolone acetonide pasta dental</i>	160
<i>tilia fe</i>	105	TRIAMINIC FEVER REDUCER PAIN RELIEVER	
<i>timolol maleate</i>	60, 144	INFANTS	184
<i>tinidazole</i>	22	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	63
TIVICAY	27	<i>triazolam</i>	88
TIVICAY PD	27	<i>tri-buffered aspirin</i>	185
<i>tizanidine hcl</i>	91	<i>trientine hydrochloride</i>	100
<i>tizanidine hydrochloride</i>	91	<i>tri-estarylla</i>	105
TOBI PODHALER	22	<i>trifluoperazine hcl</i>	79
TOBRADEX	141	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	79
TOBRADEX ST	141	<i>trifluridine</i>	142
<i>tobramycin</i>	23, 142	<i>trihexyphenidyl</i>	73
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	141	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	73
<i>tobramycin sulfate</i>	23	TRIJARDY XR	98
TODAY SPONGE	184	TRIKAFTA PAQ. DE TRATAMIENTO	149
<i>tofacitinib</i>	128	TRIKAFTA TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO ..	149
<i>tolnaftate</i>	184	<i>tri-legest fe</i>	106
<i>tolterodine tartrate</i>	122	<i>tri-linyah</i>	106
<i>tolterodine tartrate er</i>	122	<i>tri-lo-estarylla</i>	106

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>tri-lo-marzia</i>	106	TYMLOS	99
<i>tri-lo-mili</i>	106	TYPHIM VI	132
<i>tri-lo-sprintec</i>	106	TYVASO	65
<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	116	TYZAVAN	23
<i>trimethoprim</i>	23	U	
<i>tri-mili</i>	106	UBRELVY	89
<i>trimipramine maleate</i>	71	<i>ultrathon insect repellent 8</i>	185
TRINTELLIX	71	<i>unistrip control solutionlow</i>	185
<i>triple antibiotic plus pain reliever maximum strength</i>	185	<i>unithroid</i>	114
<i>triple probiotic</i>	185	<i>up4 probiotics</i>	185
<i>triprolidine hci</i>	185	<i>up4 probiotics kids cubes</i>	185
<i>triprolidine hydrochloride</i>	185	UPLIZNA	91
<i>tri-sprintec</i>	106	UPTRAVI	65, 66
TRIUMEQ	29	UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	65
TRIUMEQ PD	29	UREA	186
TRI-VI-SOL A/C/D	185	<i>urinary pain relief</i>	186
<i>tri-vite/fluoride</i>	137	<i>uristat ultra/cranberry</i>	186
TRI-VITE/FLUORIDE	185	<i>ursodiol</i>	119
<i>trivora-28</i>	106	V	
<i>tri-vylibra</i>	106	VACÍA TAMAÑO 1 AZUL/POLVO AZUL	170
<i>tri-vylibra lo</i>	106	<i>vagisil</i>	186
TROGARZO	27	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	31
TROPHAMINE	140	VALCHLOR	158
<i>tropium chloride</i>	122	<i>valganciclovir</i>	31
<i>tropium chloride er</i>	122	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	31
<i>trubiotics digestive + immune health</i>	185	<i>valproate sodium</i>	85
<i>trubiotics kids</i>	185	<i>valproic acid</i>	85
<i>true oyster shell calcium</i>	185	<i>valsartan</i>	55
<i>truetrack glucose controllow</i>	185	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	55
TRULICITY	98	VALTOCO 5 MG DOSE	85
TRUMENBA	132	VALTOCO 10 MG DOSE	85
TRUQAP	50	VALTOCO 15 MG DOSE	85
TRUQAP PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA	50	VALTOCO 20 MG DOSE	85
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	185	<i>valtya 1/35</i>	106
TRUSTEX NON-LUBRICATED	185	<i>valtya 1/50</i>	106
TRUXIMA	50	<i>vancomycin</i>	23
TUKYSA	50	VANCOMYCIN	23
TURALIO	50	<i>vancomycin hcl</i>	23
<i>turqoz</i>	106	VANCOMYCIN HCL	23
TUSNEL C	185	<i>vancomycin hydrochloride</i>	23
<i>tussin cough</i>	185	VANFLYTA	50
<i>tussin cough long-acting</i>	185	<i>vanicream</i>	186
TWINRIX	132	VAQTA	132
TYBLUME	106	<i>varenicline</i>	93
TYBOST	27	<i>varenicline mensual inicial</i>	93
<i>tydemy</i>	106		
TYENNE	128		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>varenicline tartrate</i>	93	VIVITROL	93
VARIVAX	132	VIVOTIF	132
VASCEPA	58	VIZIMPRO	51
<i>vaseline constant care crema</i>	186	<i>volnea</i>	106
VAXCHORA	132	VONJO	51
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM	186	VOQUEZNA DUAL PAQ.	119
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	186	VOQUEZNA TRIPLE PAQ.	119
<i>velivet</i>	106	VORANIGO	51
VELSIPITY	128	<i>voriconazole</i>	24, 25
VENCLEXTA	50	VORICONAZOLE	24
VENCLEXTA PAQ. INICIAL	50	VOSEVI	31
VENLAFAXINE BESYLATE ER	71	VOWST	119
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	72	VRAYLAR	79
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	71	<i>vyfemla</i>	106
VEPPANU	40	<i>vylibra</i>	107
<i>verapamil</i>	62	VYNDAMAX	64
<i>verapamil hcl er</i>	61	VYZULTA	144
<i>verapamil hcl sr</i>	61	W	
VERAPAMIL HCL SR	61	<i>warfarin</i>	124
<i>verapamil hydrochloride</i>	62	<i>wart remover maximum strength</i>	186
<i>verapamil hydrochloride er</i>	62	WEGOVY	113
VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR	62	WELIREG	41
VERQUVO	64	<i>wera</i>	107
VERSACLOZ	79	WESTAB PLUS	138
VERZENIO	51	WINREVAIR	66
<i>vestura</i>	106	<i>wixela inhub</i>	151
<i>vicks dayquil cold & flu</i>	186	<i>wymzya fe</i>	107
<i>vienna</i>	106	WYOST	99
<i>vigabatrin</i>	86	X	
<i>vigadrone</i>	86	XALKORI	51
VIGAFYDE	86	XANTHAN GUM	186
VIKTRAVI	51	<i>xarah fe</i>	107
<i>vilazodone hydrochloride</i>	72	XARELTO	124
VIMKUNYA	132	XARELTO PAQ. INICIAL	124
<i>viorele</i>	106	XATMEP	129
VIRACEPT	27	XCOPRI	86
VIREAD	28	XCOPRI PAQUETE PARA TRATAMIENTO DE	
VITAMIN A/C/D INFANT/TODDLER	186	MANTENIMIENTO	86
<i>vitamin b-6</i>	186	XCOPRI TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO DE	
<i>vitamin b-12</i>	186	AJUSTE DE LA DOSIS	86
<i>vitamin c</i>	186	XCOPRI TABLETA PAQUETE PARA	
<i>vitamin d</i>	186	TRATAMIENTO DE AJUSTE DE LA DOSIS	86
<i>vitamin d-3</i>	186	XDEMVY	142
<i>vitamin d3</i>	186	<i>xelria fe</i>	107
<i>vitamin d3 gummies</i>	186	XERMELO	119
VITAMINS A/C/D/FLUORIDE	186		
VITRAKVI	51		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
XHANCE PARA EXHALADOR.....	150	ZONISADE.....	86
XIFAXAN.....	23, 119	<i>zonisamida</i>	86
XIGDUO XR	98	<i>zonisamide</i>	86
XIIDRA.....	144	<i>zovia 1/35</i>	107
XOLAIR	149	ZTALMY	86
XOSPATA	51	<i>zumandimine</i>	107
XPOVIO	52	ZURZUVAE	72
XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA.....	51	ZYDELIG	52
XPOVIO 80 MG DOS VECES POR SEMANA.....	51	ZYKADIA.....	52
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA..	51, 52	ZYMFENTRA 2 JERINGAS	128
XTANDI.....	40	ZYMFENTRA 2-PEN	128
<i>xulane</i>	107	ZYPREXA RELPREVV.....	79, 80
XULTOPHY.....	95		
Y			
YESINTEK.....	128		
YF-VAX.....	132		
YONSA.....	40		
<i>yulithira</i>	52		
<i>yumvskids probiotic zero</i>	186		
<i>yumvs probiotics zero</i>	186		
<i>yum-yum dophilus</i>	187		
<i>yum-yum dophilus probiotic</i>	187		
<i>yuvafem</i>	108		
Z			
<i>zafemy</i>	107		
<i>zafirlukast</i>	148		
<i>zaleplon</i>	88		
ZARXIO	124		
ZEJULA.....	52		
ZELBORAF	52		
<i>zelvysia</i>	113		
<i>zenatane</i>	152		
ZENPEP	120		
<i>zenzedi</i>	88		
ZERVIAE.....	143		
<i>zidovudine</i>	28		
<i>zinc oxide</i>	187		
<i>ziprasidone hcl</i>	79		
<i>ziprasidone mesylate</i>	79		
ZIRABEV	52		
ZIRGAN	142		
<i>zoledronic acid</i>	99		
ZOLEDRONIC ACID	99		
ZOLINZA	52		
<i>zolpidem tartrate</i>	88		

Notice of Availability (NOA)

TTY: [711](tel:711)

To access language assistance services and appropriate auxiliary aids and services at no cost to you, call **1-844-362-0934**. (English)

የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶችን እና ተገቢ የሆኑ ረዳት መሣሪያዎችንና አገልግሎቶችን ያለ ምንም ክፍያ ለማግኘት፣ በ **1-844-362-0934** ይደውሉ። (Amharic)

للوصول إلى خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات والخدمات المساندة المناسبة دون أي تكلفة عليك، اتصل بالرقم **1-844-362-0934** (Arabic)

如欲獲得免費的語言輔助服務以及適當的輔助工具和服務，請致電 **1-844-362-0934**。(Chinese)

Pou w jwenn aksè ak sèvis asistans lang ansanm ak èd ak sèvis oksilyè apwopriye san w pa peye anyen, rele **1-844-362-0934**. (French Creole)

Pour accéder aux services d'assistance linguistique et aux aides et services auxiliaires appropriés sans frais à votre charge, appelez le **1-844-362-0934**. (French)

Um Sprachunterstützung sowie geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen kostenlos in Anspruch zu nehmen, rufen Sie bitte folgende Nummer an: **1-844-362-0934**. (German)

તમારા માટે વિના મૂલ્યે ભાષા સહાય સેવાઓ અને યોગ્ય સહાયક સાધનો તથા સેવાઓ મેળવવા માટે, **1-844-362-0934** પર કોલ કરો. (Gujarati)

No ke komo 'ana i nā lawelawe kōkua 'ōlelo a me nā kōkua kōkua kūpono me ka uku 'ole iā 'oe, e kelepona mai **1-844-362-0934**. (Hawaiian)

Kom siv tau cov kev pab cuam txhais lus thiab cov khoom pab kom hnov lus thiab cov kev pab cuam yam tsis sau nqi ntawm koj, hu **1-844-362-0934**. (Hmong)

Contattare telefonicamente per accedere, senza costi aggiuntivi, ai servizi di assistenza linguistica e ad idonei aiuti ausiliari il numero **1-844-362-0934**. (Italian)

言語支援サービスや適切な補助具やサービスを無料で利用するには、**1-844-362-0934**までお電話ください。 (Japanese)

လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်သ့ၣ်က့ၢ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲးတၢ်မၤတဖၣ်ဒီးတၢ်မၤစၢၤလၢအကဲထီၣ်သ့ၣ်လၢအဖဲးမံတဖၣ်ဒီးတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတလိၣ်နဟ့ၣ်အပူၤအဂီၢ်န့ၣ်,ကိးဘၣ် **1-844-362-0934**. (Karen)

ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា និងការគាំទ្រ និងសេវាកម្មបន្ថែមសមរម្យដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-844-362-0934** ។ (Khmer)

언어 지원 서비스와 적절한 보조 지원 및 서비스를 무료로 이용하시려면 **1-844-362-0934** 번으로 전화해 주시기 바랍니다. (Korean)

ພື່ອເຂົ້າເຖິງການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ແລະ ອຸປະກອນຊ່ວຍໃນການຟັງ ແລະ ການບໍລິການອື່ນໆ ໂດຍທ່ານບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ, ໃຫ້ໂທຫາ **1-844-362-0934**. (Lao)

Tajaajilawwan gargaarsa afaanii fi tajaajilawwan gargaarsaa dabalataa mijaawaa ta'an kaffaltii tokko malee argachuuf, bilbilaa **1-844-362-0934**. (Oromo)

برای دسترسی رایگان به خدمات کمک زبانی و وسایل و خدمات کمکی مناسب، با شماره **1-844-362-0934** تماس بگیرید (Persian).

Aby skorzystać z usług pomocy językowej oraz odpowiednich środków pomocniczych i usług bez ponoszenia żadnych kosztów, zadzwoń pod numer **1-844-362-0934**. (Polish)

Para acceder, sem custos para si, a serviços de assistência linguística e a auxílios e serviços de apoio adequados, ligue para **1-844-362-0934**. (Portuguese)

Чтобы бесплатно воспользоваться услугами языковой поддержки, а также соответствующими вспомогательными средствами и услугами, позвоните по номеру телефона **1-844-362-0934**. (Russian)

Para tener acceso a los servicios de asistencia en otros idiomas y a las ayudas y servicios auxiliares adecuados sin costo para usted, llame al **1-844-362-0934**. (Spanish)

Upang ma-access ang mga serbisyo sa tulong sa wika at mga angkop na pantulong na kagamitan at serbisyo nang hindi ka gagastos, tawagan ang **1-844-362-0934**. (Tagalog)

หากต้องการเข้าถึงบริการช่วยเหลือด้านภาษาและอุปกรณ์ช่วยเหลืออื่น ๆ ที่เหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อ **1-844-362-0934** (Thai)

Để tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, công cụ hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp miễn phí dành cho quý vị, hãy gọi **1-844-362-0934**. (Vietnamese)

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 10/01/2026. 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 estándar del este, los 7 días de la semana, **o visite** [AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary](https://www.AetnaMedicare.com/NJDSNP-drug-formulary)

Contrato/PBP: H6399-001



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