

Plan para tener la mejor salud

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2022

Plan Aetna Health Exchange: Innovation Health

Los beneficios de salud y los planes de seguro de salud son ofrecidos, administrados o suscritos por Aetna Health Inc., Aetna Health Insurance Company of New York, Aetna HealthAssurance Pennsylvania Inc., Aetna Health Insurance Company o Aetna Life Insurance Company (Aetna). En Florida, por Aetna Health Inc. o Aetna Life Insurance Company. En Utah y Wyoming, por Aetna Health of Utah Inc. y Aetna Life Insurance Company. En Maryland, por Aetna Health Inc., 151 Farmington Avenue, Hartford, CT 06156. Cada aseguradora tiene responsabilidad financiera absoluta por sus propios productos. Aetna es parte del grupo de compañías de CVS Health.

Índice

SECCIÓN INFORMATIVA	1
ANALGÉSICOS - MEDICAMENTOS PARA REDUCIR EL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN	14
ANTIINFECCIOSOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES	21
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL CÁNCER	32
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS	38
CARDIOVASCULARES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS Y DEL SISTEMA CIRCULATORIO.....	38
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL - MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO	47
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DIABETES Y REGULAR LAS HORMONAS	64
GASTROINTESTINALES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS INTESTINOS Y EL ESTÓMAGO.....	78
GENITOURINARIOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES GENITALES Y DEL TRACTO URINARIO	83
HEMATOLÓGICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DE LA SANGRE	85
AGENTES INMUNOLÓGICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNITARIO	87
DISPOSITIVOS MÉDICOS.....	91
COMPLEMENTOS NUTRICIONALES - VITAMINAS Y SUPLEMENTOS.....	93
OFTÁLMICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS OJOS.....	95
OTROS	99
RESPIRATORIOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS RESPIRATORIOS	99
TÓPICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LA PIEL Y LOS OÍDOS	104

Cómo utilizar esta guía

Su guía incluye una lista de medicamentos comúnmente utilizados cubiertos en su plan de farmacia. La cantidad que paga depende del medicamento que le recete su médico. Se trata de una tarifa fija o un porcentaje del precio del medicamento con receta después de que alcance su deducible, si corresponde. Los medicamentos genéricos preferidos cuestan menos. Los medicamentos de marca preferidos tendrán un mayor costo.

Su plan incluye lo siguiente:

- Medicamentos genéricos y de marca seleccionados por su calidad y efectividad.
- Una farmacia de especialidad que proporciona medicamentos con receta especializados (que se inyectan, infunden o se toman por boca) y brinda servicios que incluyen apoyo personal, recursos y capacitaciones útiles, y entregas a domicilio seguras y gratuitas.
- Una farmacia con entregas a domicilio que entrega medicamentos de mantenimiento en su hogar o donde usted elija (para los medicamentos que generalmente se toman para tratar afecciones como la diabetes o el asma).

Qué puede esperar pagar:

Con su plan de farmacia, la cantidad que paga depende del medicamento que le recete su médico. Se trata de una tarifa fija o un porcentaje del precio del medicamento/la medicina.

Cada medicamento se agrupa en medicamentos genéricos, de marca o especializados. Los medicamentos preferidos dentro de estos grupos generalmente harán que ahorre dinero en comparación con los medicamentos no preferidos. En general, los medicamentos genéricos son menos costosos que los de marca.

Los medicamentos con receta especializados generalmente incluyen medicamentos más costosos que requieren un manejo, un almacenamiento o una supervisión especiales. Estos tipos de medicamentos pueden incluir, entre otros, medicamentos que se inyectan, se infunden, se inhalan o se toman por boca.

Los servicios cubiertos se basan en los medicamentos que se enumeran en la guía de medicamentos. Excluimos los medicamentos con receta que no aparezcan en la guía de medicamentos, a menos que aprobemos una excepción médica. Si es médicamente necesario para usted utilizar un

medicamento con receta que no aparece en esta guía de medicamentos, usted o su proveedor deben solicitar una excepción médica.

Tiene cobertura para todo tipo de medicinas, algunas más costosas que otras.

- **Medicamentos genéricos preferidos:** tienen el costo más bajo.
- **Medicamentos de marca preferidos:** son un poco más costosos.
- **Medicamentos de marca y genéricos no preferidos:** tienen un mayor costo.
- **Medicamentos especializados preferidos:** tienen un costo más bajo para los medicamentos especializados.
- **Medicamentos especializados no preferidos:** tienen un costo más elevado para los medicamentos especializados no preferidos.

Es posible que su plan de farmacia no cuente con todos los niveles de cobertura que se mencionan arriba, así que consulte los documentos de su plan para saber cuánto pagará.

Para conocer su cobertura exacta y su costo, y para obtener más información sobre su plan

Visite el sitio web que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Luego, inicie sesión en su cuenta, en donde puede hacer lo siguiente:

- Encontrar información sobre la cobertura* y el costo estimado de medicamentos específicos.
- Consultar sus deducibles y los límites del plan.
- Hacer pedidos de medicamentos.
- Verificar el estado de los pedidos de su farmacia.
- Obtener una tarjeta de identificación de miembro.
- Ver sus reclamaciones, la Explicación de beneficios y más.

* Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Es posible que su plan no cubra determinados medicamentos, como aquellos para la infertilidad, la disfunción eréctil, para perder peso y para dejar de fumar.

¿Tiene más preguntas sobre sus beneficios de farmacia?

Estamos aquí para ayudar. Existen varias formas en las que puede obtener más información sobre sus beneficios:

- Consulte el Resumen de beneficios y diseño del plan en su paquete de inscripción.
- Llame al número gratuito que aparece en su identificación de miembro.
- Revise las preguntas frecuentes de nuestra farmacia y las respuestas. Simplemente, visite el sitio web que aparece en su tarjeta de identificación de miembro para buscar las “Preguntas frecuentes de la farmacia”.

Red de farmacias especializadas

En una farmacia especializada dentro de la red puede obtener sus medicamentos con receta especializados. Estos son los tipos de medicamentos que pueden inyectarse, infundirse o tomarse por boca. En general, requieren un almacenamiento y manejo especiales. Y deben entregarse rápido. De ser necesario, un enfermero o farmacéutico puede controlarlo durante su tratamiento. Con este tipo de farmacia, puede recibir este medicamento directamente en su hogar.

Cómo comenzar con una farmacia especializada

Pedir sus medicamentos con receta mediante nuestra farmacia especializada es fácil. Y, generalmente, ofrecemos un suministro de medicina para 30 días.

- **Para transferir su receta**, simplemente llámenos sin cargo al **1-866-353-1892**.
- **Para obtener una receta nueva**, su médico puede enviarnosla de una de estas cuatro formas:
 - 1. De manera electrónica:** mediante prescripción electrónica
 - 2. Fax: 1-800-323-2445**
 - 3. Teléfono: 1-800-237-2767**

Si envía su propia receta por correo, envíela con un Formulario del perfil del paciente completo. Para buscar este formulario, simplemente visite el sitio web que aparece en su tarjeta de identificación de miembro para buscar el “Formulario del perfil del paciente”.

Farmacia de servicio por correo CVS Caremark™

Puede recibir medicamentos de mantenimiento directamente en su hogar o en cualquier lugar que elija mediante la Farmacia de servicio por correo CVS Caremark. Estos medicamentos se toman con regularidad para afecciones crónicas como la diabetes o el asma. Según su plan, puede obtener un suministro de medicamentos para hasta 90 días a un menor costo. Es rápido y conveniente, y el envío estándar siempre es gratuito.

Comience ahora mismo

Puede presentar su pedido mediante alguna de las siguientes opciones:

- 1. En línea:** visite el sitio web seguro para miembros e inicie sesión en su cuenta. Allí puede agregar o quitar sus recetas.
- 2. Por teléfono:** llámenos sin cargo, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1-888-792-3862**. Si necesita la ayuda de un dispositivo telefónico para personas con dificultades auditivas, llame al **1-877-833-2779**.
- 3. Por correo:** obtenga una receta nueva de su médico. Luego, envíenos la receta con un formulario de pedido completo. Puede encontrar el formulario en el sitio web seguro para miembros. La dirección de correo postal se encuentra en el formulario.

Su médico puede presentar su orden mediante alguna de las siguientes opciones:

- 1. En línea:** puede enviar sus recetas mediante los servicios de prescripción electrónica en nuestro sitio web de proveedores.
- 2. Por fax:** puede enviar la receta por fax al **1-877-270-3317**. Asegúrese de que incluya su número de identificación de miembro, fecha de nacimiento y dirección de correo postal en la hoja de presentación del fax. Solo un médico puede enviar una receta por fax.

Preguntas frecuentes

¿Cómo puedo ahorrar dinero en las recetas?

Estos son algunos consejos para pagar menos de su bolsillo por sus medicamentos con receta:

- Pídale a su médico que considere recetarle medicamentos que estén en la Guía de medicamentos (formulario) de la farmacia.
- Pídale a su médico que considere recetarle medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marca.
- Nuestra farmacia con entregas a domicilio puede ahorrarle dinero. Para obtener más información, visite el sitio web que aparece en su tarjeta de identificación de miembro e inicie sesión en su cuenta.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Se ha comprobado que los medicamentos genéricos son tan seguros y eficaces como los medicamentos de marca. Tienen los mismos ingredientes activos y las mismas cantidades que los medicamentos de marca, y funcionan de la misma manera, por lo que tienen los mismos riesgos y beneficios que los medicamentos de marca. Sin embargo, suelen costar menos.

Cuando corresponda, es posible que su médico decida recetarle un medicamento genérico o permitirle al farmacéutico sustituir un medicamento genérico.

¿Qué es la certificación previa?

La certificación previa es una de las formas en las que podemos ayudar a usted y a su médico a encontrar medicamentos seguros y apropiados, y mantener bajos los costos. La certificación previa significa que usted o su médico deben obtener la autorización del plan antes que se cubran determinados medicamentos. En general, la certificación previa aplica para los siguientes medicamentos:

- Los que a menudo se toman de forma incorrecta.
- Los que solo deben utilizarse para determinadas afecciones.
- Los que cuestan más que otros medicamentos que se ha probado que son igual de efectivos.

Tenga en cuenta que su médico debe ponerse en contacto con nosotros para solicitar la aprobación de la cobertura para estos medicamentos.

¿Qué es el tratamiento escalonado?

Algunos medicamentos requieren tratamiento escalonado. Esto significa que debe probar uno o más medicamentos como requisito previo antes de obtener cobertura de un medicamento de tratamiento escalonado.

Los medicamentos de requisito previo tienen la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. y es posible que cuesten menos. Tratan la misma afección que el medicamento de tratamiento escalonado.

Si no prueba el medicamento de requisito previo primero, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento de tratamiento escalonado.

¿Qué son los límites de cantidad?

Los límites de cantidad ayudan a su médico y al farmacéutico a asegurarse de que use su medicamento de forma correcta y segura. Utilizamos pautas médicas y recomendaciones aprobadas por la FDA de los fabricantes de medicamentos para establecer estos límites de cobertura. El programa de límite de cantidad incluye lo siguiente:

- **Modificaciones para la eficacia de las dosis:** limita la cobertura de medicamentos con receta a una dosis por día para los medicamentos que tienen aprobación para una dosis única al día.
- **Dosis diaria máxima:** si la dosis de la receta de un medicamento es menor que el mínimo o mayor que el máximo permitido, se le enviará un mensaje a la farmacia.
- **Límites de cantidad durante un tiempo:** limita la cobertura de medicamentos con receta a un número específico de unidades durante un tiempo determinado.

¿Qué sucede si necesito un medicamento que requiere una excepción a los requisitos de la certificación previa, el tratamiento escalonado o los límites de cantidad? ¿O si necesito un medicamento que mi plan no cubre?

En algunos casos, usted o la persona autorizada a emitir recetas pueden solicitar una excepción médica para los requisitos de la certificación previa, el tratamiento escalonado o los límites de cantidad, o para un medicamento que su plan no cubre. Puede solicitar que se acelere su solicitud. Las decisiones de cobertura aceleradas se toman dentro de las 24 horas.

Nos pondremos en contacto con usted o con la persona autorizada a emitir recetas con nuestra decisión. Se cubrirán todos los medicamentos con receta para pacientes externos que sean médicamente necesarios. Si se aprueba una excepción médica, solo necesita pagar el copago después del deducible. Este monto se basa en el diseño de su plan de farmacia.

¿Cómo puede su proveedor solicitar una excepción médica?

- Envíe su solicitud mediante nuestro sitio web seguro de proveedores en www.availity.com.
- Llame a la Unidad de certificación previa de Aetna Pharmacy:
Medicamentos no especializados **1-800-294-5979** o medicamentos especializados **1-866-814-5506**.
- Envíe por fax la solicitud completada a:
medicamentos no especializados: **1-888-836-0730** o medicamentos especializados: **1-866-249-6155**.
- Envíe por correo la solicitud completada a:
Aetna Pharmacy Management
1300 East Campbell Road
Richardson, TX 75081

Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T)

Se utilizan los servicios de un Comité Nacional de Farmacia y Terapéutica ("Comité de P&T") para aprobar tratamientos con medicamentos que sean seguros y clínicamente eficaces. El Comité de P&T es un organismo asesor externo de profesionales clínicos de todo Estados Unidos. Entre los miembros con derecho a voto del Comité de P&T se incluyen médicos, farmacéuticos, un farmacoeconomista y un especialista en ética médica, quienes tienen una amplia experiencia clínica y académica en los medicamentos con receta. Los miembros con derecho a voto del Comité de P&T no son empleados de CVS Caremark y deben revelar cualquier tipo de relación financiera o conflicto de intereses con cualquier fabricante farmacéutico.

¿El formulario puede cambiar durante el año?

El formulario puede cambiar durante el año. Entre algunos de los motivos por los que puede cambiar se incluyen los siguientes:

- Se aprueban nuevos medicamentos.
- Medicamentos existentes se retiran del mercado.
- Los medicamentos con receta pueden pasar a ser de venta libre (no se necesita receta). Por lo general, el formulario no cubre los medicamentos de venta libre.
- Medicamentos de marca pierden la protección de patente y surgen versiones genéricas. Cuando esto sucede, se cubrirá el medicamento genérico en vez del medicamento de marca. Es posible que el medicamento de marca deje de estar incluido en el formulario o esté cubierto a un costo más elevado. Consulte la sección anterior denominada "¿Qué son los medicamentos genéricos?" para obtener más información.

Aviso de no discriminación comercial, sección 1557

Innovation Health cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente ilegalmente a las personas por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad ni discapacidad.

Brindamos ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesiten asistencia lingüística.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, comuníquese con el número que aparece en su tarjeta de identificación.

Si usted considera que nosotros no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos en función de alguna de las clases protegidas mencionadas anteriormente, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles a través de las siguientes vías:

Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512,
1-800-648-7817, TTY: 711,
Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles en el Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., que se encuentra disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o en la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamando al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Innovation Health es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por Innovation Health Insurance Company o Innovation Health Plan, Inc. Innovation Health es una filial de Inova Health System y uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna. Aetna y sus filiales proporcionan determinados servicios de administración a Innovation Health.

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, lo que incluye a Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna).

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.

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

如欲使用免費語言服務，請致電您 ID 卡上的電話號碼 (Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, veuillez composer le numéro inscrit sur votre carte d'identité. (French)

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

T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bááh ílínígóó naaltsoos bee atah níłíigo nanitinígíí bee néého'dółzinígíí béésh bee hane'í bikáá' áají' hólne'. (Navajo)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an. (German)

Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi në numrin që gjendet në kartën tuaj të identitetit. (Albanian)

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

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

Անվճար լեզվական ծառայություններին օգտվելու համար զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով: (Armenian)

Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, Hamagara inumero iri kuri karangamuntu kawe. (Bantu)

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে আপনার পরিচয়পত্রে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন। (Bengali)

Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa numero sa nimong ID card. (Bisayan-Visayan)

သင့်အနေဖြင့် အခကြေးငွေ မပေးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန်၊ သင့် ID ကတ်ပေါ်တွင်ရှိသော ဖုန်းနံပါတ်အား ခေါ်ဆိုပါ။ (Burmese)

Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al número indicat a la seva targeta d'identificació. (Catalan)

Para un hago' i setbision lengguãhi ni dibâtde para hãgu, âgang i numiru gi iyo-mu kard aidentifikasion. (Chamorro)

M dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi móuń nì pídỳi ní, nìí, dǎ nòbà nìà nì ID káàò kǝ. (Kru-Bassa)

بۆ دەسپێر اگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەی تێچوون بۆ تۆ، پەيوەندی بکە بە ژمارەى سەر ئای دى (ID) کارتی خۆت.
(Kurdish)

ເພື່ອຂໍ້ໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ,
ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທທົບອກໄວ້ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ. (Laotian)

कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, तुमच्या ID कार्डवरील क्रमांकावर फोन करा. (Marathi)

Nan etal nan jikin jiban ko ikijen kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirllok nomba eo ilo ID kaat eo am.
(Marshallese)

Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID.
(Micronesian-Pohnpeian)

ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់
លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

Tě kɔɔr yīn wěēr de thokic ke cīn wèu kɔr keek tēnɔŋ yīn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuɔny nē nɔmba de abac tō
nē ID kard du kōu. (Nilotic-Dinka)

For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt. (Norwegian)

Um Schprooch Services zu griegie mitaus Koscht, ruff die Nummer uff dei ID Kaart. (Pennsylvania Dutch)

برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید. (Persian-Farsi)

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonić numer telefonu na Twojej
Karcie Identykującej (Polish)

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

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਫ਼ੋਨ
ਕਰੋ। (Punjabi)

Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apelați numărul de pe cardul dvs. de identificare.
(Romanian)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному
на вашей карточке участника плана. (Russian)

Recuerde visitar el sitio web que aparece en su tarjeta de identificación de miembro. Luego, inicie sesión en su cuenta para obtener la información más actualizada.

Tenga en cuenta que, si su plan de beneficios de medicamentos con receta cambia, es posible que esta información ya no corresponda.

Los medicamentos en la Guía de medicamentos de Aetna y las listas de certificación previa, tratamiento escalonado y límites de calidad están sujetos a cambios.

No se cubren todos los servicios de salud. Es posible que su plan no cubra determinados medicamentos, como aquellos para la infertilidad, la disfunción eréctil, para perder peso y para dejar de fumar. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según el lugar y están sujetas a cambios.

Los medicamentos en la Guía de medicamentos de la farmacia (formulario) y las listas de las exclusiones del formulario, la certificación previa y límites de calidad están sujetos a cambios. Los programas de revisión de cobertura de medicamentos de tratamiento escalonado y límites de cantidad no se encuentran disponibles en todas las áreas de servicio. Sin embargo, estos programas están disponibles en los planes autofinanciados.

En conformidad con la ley estatal, los miembros comerciales completamente asegurados en Louisiana y Texas (excepto los miembros del Plan de beneficios médicos para empleados federales) que reciben cobertura para medicamentos que se agregan o se quitan de la Guía de medicamentos de la farmacia (formulario) o las listas de certificación previa, límites de cantidad o de tratamiento escalonado durante el año del plan, continuarán con la cobertura de esos medicamentos en el mismo nivel de beneficios hasta la fecha de renovación del plan. En Texas, la aprobación de la certificación previa se conoce como “revisión de utilización previa al servicio”. No se trata de una “verificación” como la define la ley de Texas.

En conformidad con la ley estatal, determinados miembros comerciales completamente asegurados de California (excepto los miembros del Plan de beneficios médicos para empleados federales) que hayan recibido aprobación de un plan de Aetna para la cobertura de medicamentos que posteriormente se hayan agregado a las listas de certificación previa o tratamiento escalonado o se hayan quitado de la Guía de medicamentos de la farmacia seguirán teniendo cobertura de esos medicamentos, durante el tiempo que el proveedor tratante dentro de la red continúe recetándolos de manera adecuada y siempre que se consideren seguros y eficaces para tratar la afección médica de la persona inscrita. Aetna se reserva el derecho de solicitar periódicamente información clínica de su proveedor para evaluar su afección médica y la idoneidad de su tratamiento en curso. No proporcionar información clínica puede resultar en la posterior denegación de cobertura para este medicamento.

En conformidad con la ley estatal, los miembros comerciales completamente asegurados de la organización de proveedores preferidos (PPO) de Connecticut (excepto los miembros del Plan de beneficios médicos para empleados federales) que reciban cobertura para medicamentos que se han agregado a las listas de certificación previa o tratamiento escalonado seguirán teniendo cobertura de esos medicamentos, durante el tiempo que la persona autorizada a dar recetas continúe recetándolos, siempre que los medicamentos sean médicamente necesarios y más beneficiosos que otros medicamentos cubiertos. Nada de lo dispuesto en esta sección impedirá que el proveedor autorizado a dar recetas recete otro medicamento cubierto por el plan que sea médicamente apropiado para la persona inscrita, ni ningún contenido de esta sección deberá ser interpretado como prohibición de la sustitución de medicamentos genéricos.

En determinados estados, incluidos Arkansas, Colorado, Connecticut, Delaware, Georgia, Illinois, Louisiana, Maryland, Minnesota, North Dakota, Pennsylvania y Texas, los programas de tratamiento escalonado no aplican para los miembros completamente cubiertos que utilizan medicamentos con receta para el tratamiento de cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro.

Este material tiene solo fines informativos. Solo contiene una descripción general y parcial de los beneficios o programas del plan y, por lo tanto, no constituye un contrato. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según el lugar y están sujetas a cambios. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. La participación de los proveedores puede cambiar sin aviso. Aetna no brinda atención ni garantiza acceso a los servicios de salud. La información está sujeta a cambios. CVS Caremark Mail Service Pharmacy es parte del grupo de compañías de CVS Health.

Nivel CE = excepción de copago: disponible sin costo para algunos miembros con una receta de su proveedor cuando se obtiene en una farmacia dentro de la red. Es posible que se apliquen ciertas limitaciones. NP = medicamentos no preferidos NPSP = medicamentos especializados no preferidos PB = medicamentos de marca preferidos PG = medicamentos genéricos preferidos PSP = medicamentos especializados preferidos Requisitos y límites de cobertura AL = límite de edad IBC = cobertura basada en indicaciones LGC = se aplica el copago más bajo para medicamentos genéricos N7 = nivel del medicamento cuando no aplica la CE N8 = cobertura de medicamentos específicos PA = autorización previa QL = límite de cantidad QLR = restricción de la QL según la edad: ST = tratamiento escalonado		
minúscula cursiva = medicamentos genéricos		
MAYÚSCULA = medicamentos de marca		
Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS - MEDICAMENTOS PARA REDUCIR EL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN		
INHIBIDORES DE COX-2		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	NP	
GOTA - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA GOTA		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	PG	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	NP	
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	PG	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	PG	ST
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	PG	
ANALGÉSICOS NO OPIOIDES		
<i>butalbital-apap-cafeine oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	NP	PA; QL (48 CAPSULES per 25 days); AL (Min 70 Years)
<i>butalbital-apap-cafeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	PG	PA; QL (48 TABLETS per 25 days); AL (Min 70 Years)
<i>butalbital-aspirin-cafeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	PG	PA; QL (48 CAPSULES per 25 days); AL (Min 70 Years)
TENCON ORAL TABLET 50-325 MG (<i>butalbital-acetaminophen</i>)	PG	PA; QL (48 TABLETS per 25 days); AL (Min 70 Years)
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE) - MEDICAMENTOS PARA REDUCIR EL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN		
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	PG	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	PG	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	PG	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>fenopropfen calcium oral tablet 600 mg</i>	NP	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	PG	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	PG	
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	NP	QL (20 TABLETS per 25 DAYS)
<i>meclofenamate sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	NP	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	PG	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	PG	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	PG	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	PG	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	PG	
<i>tolmetin sodium oral capsule 400 mg</i>	PG	
<i>tolmetin sodium oral tablet 600 mg</i>	PG	
COMBINACIONES DE AINE		
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg</i>	PG	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 75-0.2 mg</i>	NP	
AGONISTAS Y ANTAGONISTAS DE LOS OPIOIDES		
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	PG	QL (2 FILM per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg</i>	PG	QL (3 FILMS per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	PG	QL (3 FILM per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); QL (3 TABLETS per 1 day)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES - MEDICAMENTOS PARA REDUCIR EL DOLOR		
<i>acetaminophen-codeine #2 oral tablet 300-15 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (400 TABLETS per 25 DAYs)
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (360 TABLETS per 25 DAYs)
<i>acetaminophen-codeine #4 oral tablet 300-60 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 25 DAYs)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (2700 ML per 25 DAYs)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-300-40-30 mg</i>	PG	PA; QL (48 CAPSULES per 25 days); AL (Min 70 Years)
<i>butorphanol tartrate nasal solution 10 mg/ml</i>	NP	QL (2 BOTTLES per 25 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (42 TABLETS per 25 DAYs)
<i>codeine sulfate oral tablet 60 mg</i>	NP	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (42 TABLETS per 25 DAYs)
<i>oxycodone-acetaminophen (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg)</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 25 DAYs)
<i>oxycodone-acetaminophen (Endocet Oral Tablet 2.5-325 Mg, 5-325 Mg)</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (360 TABLETS per 25 DAYs)
<i>oxycodone-acetaminophen (Endocet Oral Tablet 7.5-325 Mg)</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (240 TABLETS per 25 DAYs)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	NP	PA; QL (120 LOZENGES per 25 DAYs)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr; 50 mcg/hr; 75 mcg/hr</i>	NP	PA; ST
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr; 25 mcg/hr</i>	NP	ST; QL (10 PATCHES per 25 DAYs)
<i>hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PG	ST; QL (60 CAPSULES per 25 DAYs)

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour 50 mg</i>	PG	PA; ST
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg</i>	PG	ST
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	PG	ST; QL (30 TABLETS per 25 DAYs)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	NP	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (2700 ML per 25 DAYs)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 25 DAYs)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (240 TABLETS per 25 DAYs)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (50 TABLETS per 25 DAYs)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 16 mg, 8 mg</i>	NP	ST; QL (30 tablets per 25 days)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour 32 mg</i>	NP	PA; ST
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 25 DAYs)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 4 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (150 TABLETS per 25 DAYs)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (60 TABLETS per 25 DAYs)
<i>levorphanol tartrate oral tablet 2 mg</i>	NP	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (120 TABLETS per 25 DAYs)
<i>levorphanol tartrate oral tablet 3 mg</i>	NP	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (60 TABLETS per 25 DAYs)
<i>methadone hcl (Methadone Hcl Intensol Oral Concentrate 10 Mg/ ML)</i>	PG	ST; QL (60 ML per 25 DAYs)
<i>methadone hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	PG	QL (30 ML per 25 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	PG	ST; QL (300 ML per 25 DAYs)
<i>methadone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	PG	ST; QL (450 ML per 25 DAYs)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	PG	ST; QL (60 TABLETS per 25 DAYs)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	PG	ST; QL (90 TABLETS per 25 DAYs)
<i>methadone hcl oral tablet soluble 40 mg</i>	PG	QL (9 TABLETS per 25 DAYs)
<i>methadone hcl (Methadose Oral Tablet Soluble 40 Mg)</i>	PG	QL (9 TABLETS per 25 DAYs)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (135 ML per 25 DAYs)
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	PG	PA; ST
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	PG	ST; QL (30 CAPSULES per 25 DAYs)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	PG	ST; QL (60 CAPSULES per 25 DAYs)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg</i>	PG	PA; ST
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	PG	ST; QL (30 CAPSULES per 25 DAYs)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i>	PG	PA; ST
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	PG	ST; QL (90 TABLETS per 25 DAYs)
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (900 ML per 25 DAYs)
<i>morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (675 ML per 25 DAYs)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 25 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>morphine sulfate oral tablet 30 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (90 TABLETS per 25 DAYs)
<i>morphine sulfate rectal suppository 10 mg, 5 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 SUPPOSITORIES per 25 DAYs)
<i>morphine sulfate rectal suppository 20 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (120 SUPPOSITORIES per 25 days)
<i>morphine sulfate rectal suppository 30 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (90 SUPPOSITORIES per 25 days)
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 50 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	NP	ST; QL (60 TABLETS per 25 DAYs)
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 150 MG, 200 MG, 250 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	NP	PA; ST
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	NP	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (60 TABLETS per 25 DAYs)
NUCYNTA ORAL TABLET 50 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	NP	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (120 TABLETS per 25 DAYs)
NUCYNTA ORAL TABLET 75 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	NP	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (90 TABLETS per 25 DAYs)
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	PG	ST; QL (60 TABLETS per 25 DAYs)
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	PG	PA; ST
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 CAPSULES per 25 DAYs)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (90 ML per 25 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	NP	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (900 ML per 25 DAYS)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 25 DAYS)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (120 TABLETS per 25 DAYS)
<i>oxycodone hcl oral tablet 20 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (90 TABLETS per 25 DAYS)
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (60 TABLETS per 25 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 25 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (360 TABLETS per 25 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (240 TABLETS per 25 DAYS)
<i>oxycodone-aspirin oral tablet 4.8355-325 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (360 TABLETS per 25 DAYS)
<i>oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	NP	ST; QL (60 TABLETS per 25 DAYS)
<i>oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	NP	PA; ST
<i>oxymorphone hcl oral tablet 10 mg</i>	NP	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (90 TABLETS per 25 DAYS)
<i>oxymorphone hcl oral tablet 5 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 25 DAYS)
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	NP	ST; QL (30 TABLETS per 25 DAYS)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 300 mg</i>	NP	PA; ST
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 25 DAYS)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (40 TABLETS per 25 days)
AGONISTAS PARCIALES DE LOS OPIOIDES		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (Must obtain approval after the first 30 day supply); QL (90 TABLETS per 25 DAYS)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	PG	ST; QL (4 PATCHES per 25 DAYS)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 15 mcg/hr, 20 mcg/hr</i>	PG	ST
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.5ML, 300 MG/1.5ML (<i>buprenorphine</i>)	PSP	
SALICILATOS		
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); QL (100 TABLETS per 30 DAYS); AL (Min 12 Years and Max 59 Years)
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	PG	
<i>goodsense aspirin oral tablet chewable 81 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); QL (100 TABLETS per 30 DAYS); AL (Min 12 Years and Max 59 Years)
ANTIINFECCIOSOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
ANTIBACTERIANOS - VARIOS		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>	PG	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	PG	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	PG	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	NP	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	NP	
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml</i>	PSP	PA; QL (224 ML per 28 DAYS)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	PSP	PA; QL (280 ML per 28 DAYs)
ANTIMICÓTICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES CAUSADAS POR HONGOS		
<i>bio-statin oral capsule 1000000 unit, 500000 unit</i>	PB	
<i>bio-statin oral powder</i>	PG	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG (<i>isavuconazonium sulfate</i>)	NP	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	PG	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	NP	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	NP	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	NP	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	NP	PA
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	NP	PA
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (<i>posaconazole</i>)	PB	PA
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	PG	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	NP	PA
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	PG	
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	NP	PA
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	NP	PA
ANTIINFECCIOSOS - VARIOS		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	NP	QL (336 TABLETS per 365 DAYs)
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML (<i>nitazoxanide</i>)	NP	QL (540 ML per 25 DAYs)
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	NP	
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	NP	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG (<i>aztreonam lysine</i>)	PSP	PA; QL (84 VIALS per 28 DAYs)
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	PG	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	PG	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG (<i>mebendazole</i>)	NP	QL (12 TABLETS per 365 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	PG	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	PG	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	PG	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	PG	
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	NP	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	PG	QL (20 TABLETS per 25 DAYS)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>	NP	PA; AL (Min 70 Years)
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	PG	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	PG	QL (24 TABLETS per 365 DAYS)
PRIMSOL ORAL SOLUTION 50 MG/5ML (<i>trimethoprim hcl</i>)	PB	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	NP	PA
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	PG	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	PG	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	PG	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	NP	QL (80 CAPSULES per 10 DAYS)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (<i>rifaximin</i>)	PB	QL (9 TABLETS per 25 DAYS)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (<i>rifaximin</i>)	PB	PA
ANTIPALÚDICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA MALARIA		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	NP	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG (<i>artemether-lumefantrine</i>)	NP	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	NP	
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg, 26.3 mg</i>	PG	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	NP	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIRRETROVIRALES - MEDICAMENTOS PARA SUPRIMIR LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	PG	QL (900 ML per 30 DAYs)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG (<i>tipranavir</i>)	PB	QL (120 CAPSULES per 30 DAYs)
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>tipranavir</i>)	PB	QL (285 ML per 28 DAYs)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg</i>	PG	QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG (<i>indinavir sulfate</i>)	PB	QL (450 CAPSULES per 30 DAYs)
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 400 MG (<i>indinavir sulfate</i>)	PB	QL (180 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>didanosine oral capsule delayed release 200 mg, 250 mg, 400 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
EDURANT ORAL TABLET 25 MG (<i>rilpivirine hcl</i>)	PB	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	PG	QL (90 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML (<i>emtricitabine</i>)	PB	QL (680 ML per 28 DAYs)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	PG	QL (120 TABLETS per 30 days)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	PG	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG (<i>enfuvirtide</i>)	PSP	QL (60 VIALS per 30 DAYs)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (<i>etravirine</i>)	PB	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG (<i>saquinavir mesylate</i>)	PB	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	PB	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	PB	QL (60 PACKETS per 30 DAYs)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	PB	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	PB	QL (180 TABLETS per 30 DAYs)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	PG	QL (900 ML per 30 DAYs)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (<i>fosamprenavir calcium</i>)	PB	QL (1575 ML per 28 DAYs)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	PG	QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	PG	QL (1200 ML per 30 DAYs)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG (<i>ritonavir</i>)	PB	QL (360 PACKETS per 30 DAYs)
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML (<i>ritonavir</i>)	PB	QL (480 ML per 30 DAYs)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML (<i>darunavir ethanolate</i>)	PB	QL (400 ML per 30 DAYs)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (<i>darunavir ethanolate</i>)	PB	QL (180 TABLETS per 30 DAYs)
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG (<i>darunavir ethanolate</i>)	PB	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (<i>darunavir ethanolate</i>)	PB	QL (300 TABLETS per 30 DAYs)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG (<i>darunavir ethanolate</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG (<i>atazanavir sulfate</i>)	PB	QL (180 PACKETS per 30 DAYs)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	PG	QL (360 TABLETS per 30 DAYs)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML (<i>maraviroc</i>)	PB	QL (1840 ML per 30 DAYs)
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (<i>maraviroc</i>)	PB	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG (<i>maraviroc</i>)	PB	QL (240 TABLETS per 30 DAYs)
SELZENTRY ORAL TABLET 300 MG (<i>maraviroc</i>)	PB	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PG	QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG (<i>dolutegravir sodium</i>)	PB	QL (240 TABLETS per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (<i>dolutegravir sodium</i>)	PB	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG (<i>dolutegravir sodium</i>)	PB	QL (360 TABLETS per 30 DAYs)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG (<i>cobicistat</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	PB	QL (300 TABLETS per 30 DAYs)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	PB	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	PB	QL (240 GRAMS per 30 DAYs)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	PG	QL (180 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	PG	QL (1800 ML per 30 DAYs)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIÓN DE AGENTES ANTIRRETROVIRALES - MEDICAMENTOS PARA SUPRIMIR LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG (<i>bictegravir-emtricitab-tenofovir</i>)	NP	QL (30 TABLETS per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG (<i>lamivudine-tenofovir</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	NP	N8 (Exception process available for \$0 copay when medically necessary for pre-exposure prophylaxis); QL (30 TABLETS per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG (<i>dolutegravir-lamivudine</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	CE	N7 (PG); N8 (\$0 copay for pre-exposure prophylaxis); QL (30 TABLETS per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (<i>atazanavir-cobicistat</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG (<i>elviteg-cobic-emtricit-tenofaf</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	PG	QL (390 ML per 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	PG	QL (240 TABLETS per 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	PG	QL (120 TABLETS per 30 DAYS)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG (<i>emtricitabine-rilpivirine</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG (<i>darunavir-cobicistat</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG (<i>lamivudine-tenofovir</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG (<i>abacavir-dolutegravir-lamivudine</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
AGENTES ANTITUBERCULOSOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TUBERCULOSIS		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	NP	
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	PG	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	PG	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	PG	
PASER ORAL PACKET 4 GM (<i>aminosalicylic acid</i>)	NP	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (<i>rifapentine</i>)	PB	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	PG	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	NP	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	PG	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (<i>bedaquiline fumarate</i>)	NPSP	PA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG (<i>ethionamide</i>)	PB	
ANTIVIRALES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES VIRALES		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	PG	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	PG	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	PG	
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	PSP	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML (<i>entecavir</i>)	NP	QL (630 ML per 30 days)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	PSP	QL (30 TABLETS per 30 days)
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML (<i>lamivudine</i>)	PB	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	NP	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	PG	QL (40 CAPSULES per 90 DAYs)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	PG	QL (20 CAPSULES per 90 DAYs)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	PG	QL (360 ML per 90 DAYs)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER (<i>zanamivir</i>)	PB	QL (2 INHALERS per 90 days)
<i>ribavirin inhalation solution reconstituted 6 gm</i>	PG	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	PG	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	PG	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	PSP	PA; QL (1000 ML per 30 DAYs)
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	PSP	PA; QL (120 TABLETS per 30 days)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG (<i>tenofovir alafenamide fumarate</i>)	NP	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
CEFALOSPORINAS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>	PG	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	PG	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	PG	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>	PG	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	PG	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	PG	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	PG	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	NP	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	NP	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	NP	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	PG	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	PG	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (<i>cefixime</i>)	PB	
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 200 MG (<i>cefixime</i>)	PB	
ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	PG	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	PG	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	PG	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	PG	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	PG	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML (<i>fidaxomicin</i>)	PB	PA
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (<i>fidaxomicin</i>)	PB	PA
<i>erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet Delayed Release 250 Mg, 333 Mg, 500 Mg)</i>	PG	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG (<i>erythromycin stearate</i>)	PG	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	PG	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	PG	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	PG	
FLUOROQUINOLONAS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG (<i>delafloxacin meglumine</i>)	NP	
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%) (<i>ciprofloxacin</i>)	NP	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	PG	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	PG	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	NP	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	PG	
HEPATITIS C		
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	PSP	PA; QL (28 TABLETS per 28 DAYS)
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	PSP	PA; QL (28 PELLETS per 28 DAYS)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	PSP	PA; QL (28 TABLETS per 28 DAYS)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG (<i>glecaprevir-pibrentasvir</i>)	NPSP	PA; QL (84 TABLETS per 28 DAYS)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	PSP	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	PSP	PA
PEGINTRON SUBCUTANEOUS KIT 50 MCG/0.5ML (<i>peginterferon alfa-2b</i>)	NPSP	PA
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	PG	PA
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	PG	PA
SOVALDI ORAL PACKET 150 MG, 200 MG (<i>sofosbuvir</i>)	NPSP	PA; ST; QL (28 PELLETS per 28 DAYS)
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>sofosbuvir</i>)	NPSP	PA; ST; QL (28 TABLETS per 28 DAYS)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG (<i>sofosbuv-velpatasv-voxilaprev</i>)	PSP	PA; QL (28 TABLETS per 28 DAYS)
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG (<i>elbasvir-grazoprevir</i>)	NPSP	PA; ST; QL (28 TABLETS per 28 DAYS)
PENICILINAS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	PG	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	PG	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	PG	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	PG	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	PG	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	PG	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	PG	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	PG	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
TETRACICLINAS- MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>avidoxy oral tablet 100 mg</i>	PG	
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	NP	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	PG	
<i>doxycycline hyclate oral tablet delayed release 150 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	PG	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>doxycycline hyclate (Morgidox Oral Capsule 100 Mg)</i>	PG	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	PG	
VIBRAMYCIN ORAL SYRUP 50 MG/5ML (<i>doxycycline calcium</i>)	NP	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL CÁNCER		
AGENTES ALQUILANTES - MEDICAMENTOS QUIMIOTERAPÉUTICOS		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	CE	N7 (PG)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG (<i>estramustine phosphate sodium</i>)	CE	N7 (PSP)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (<i>lomustine</i>)	CE	N7 (PSP)

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG (<i>chlorambucil</i>)	CE	N7 (PB)
<i>melfhalan oral tablet 2 mg</i>	CE	N7 (PG)
<i>temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 20 mg, 250 mg, 5 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP)
ANTIMETABOLITOS - MEDICAMENTOS QUIMIOTERAPÉUTICOS		
<i>capecitabine oral tablet 150 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
<i>capecitabine oral tablet 500 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (300 TABLETS per 30 DAYs)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	CE	N7 (PG)
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>	CE	N7 (PG)
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	PG	
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (<i>thioguanine</i>)	CE	N7 (PB)
MODIFICADORES DE LA RESPUESTA BIOLÓGICA		
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG (<i>vismodegib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG (<i>panobinostat lactate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (6 CAPSULES per 21 DAYs)
FARYDAK ORAL CAPSULE 15 MG (<i>panobinostat lactate</i>)	CE	PA; N7 (PSP)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG (<i>palbociclib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (21 CAPSULES per 28 DAYs)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG (<i>palbociclib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (21 TABLETS per 28 DAYs)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG (<i>ribociclib-letrozole</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (70 TABLETS per 28 DAYs)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG (<i>ribociclib-letrozole</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (91 TABLETS per 28 DAYs)
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG (<i>ribociclib-letrozole</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (49 TABLETS per 28 DAYs)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (<i>olaparib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG (<i>midostaurin</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (224 CAPSULES per 28 DAYs)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG (<i>niraparib tosylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 CAPSULES per 30 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG (<i>vorinostat</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 CAPSULES per 30 DAYs)
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	CE	N7 (PG); AL (Min 35 Years)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	CE	N7 (PG)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	PSP	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG (<i>leuprolide acetate (4 month)</i>)	PSP	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	PSP	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	PSP	PA
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	CE	N7 (NP); AL (Min 35 Years)
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	CE	N7 (PG)
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	CE	N7 (PG)
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	PSP	PA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (<i>mitotane</i>)	CE	N7 (PB)
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	CE	N7 (PG)
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	CE	N7 (NP)
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	CE	N7 (PG)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG (<i>darolutamide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	CE	N7 (PG); AL (Min 35 Years)
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	CE	N7 (PG)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG (<i>enzalutamide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 CAPSULES per 30 DAYs)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG (<i>enzalutamide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG (<i>enzalutamide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA QUINASA		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG (<i>alectinib hcl</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (240 CAPSULES per 30 DAYS)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (<i>cabozantinib s-malate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (<i>vandetanib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (<i>vandetanib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG (<i>cabozantinib s-malate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (1 KIT per 28 DAYS)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG (<i>cabozantinib s-malate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (1 KIT per 28 DAYS)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG (<i>cabozantinib s-malate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (1 KIT per 28 DAYS)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 5 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 TABLETS per 30 DAYS)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG (<i>ponatinib hcl</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG, 45 MG (<i>ponatinib hcl</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (<i>enasidenib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 TABLETS per 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG (<i>ibrutinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 CAPSULES per 30 DAYS)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG (<i>ibrutinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG (<i>ibrutinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG (<i>axitinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (240 TABLETS per 30 DAYs)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG (<i>axitinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (180 TABLETS per 30 DAYs)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 CAPSULES per 30 DAYs)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 CAPSULES per 30 DAYs)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 CAPSULES per 30 DAYs)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG (<i>lorlatinib</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG (<i>lorlatinib</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (<i>dasatinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG (<i>dasatinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG (<i>regorafenib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (84 TABLETS per 28 DAYs)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (<i>sunitinib malate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (<i>dabrafenib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 CAPSULES per 30 DAYs)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (<i>osimertinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG (<i>tucatinib</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (180 CAPSULES per 30 DAYs)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML (<i>larotrectinib sulfate</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (300 ML per 30 DAYs)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG (<i>pazopanib hcl</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG (<i>vemurafenib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (240 TABLETS per 30 DAYs)
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (<i>idelalisib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG (<i>ceritinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
VARIOS		
ALFERON N INJECTION SOLUTION 5000000 UNIT/ML (<i>interferon alfa-n3</i>)	PSP	
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG (<i>hydroxyurea</i>)	PB	
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	CE	N7 (PG)
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	PSP	PA

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (PED), 30 MG (PED) (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	PSP	PA
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG (<i>procarbazine hcl</i>)	CE	N7 (PSP)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG (<i>sonidegib phosphate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 CAPSULES per 30 DAYS)
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	CE	N7 (PG)
VISTOGARD ORAL PACKET 10 GM (<i>uridine triacetate</i>)	PSP	QL (20 PACKETS per 5 DAYS)
AGENTES PROTECTORES		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	CE	N7 (PG)
MESNEX ORAL TABLET 400 MG (<i>mesna</i>)	CE	N7 (PSP)
INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA		
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	CE	N7 (PG)
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS		
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE BCL-2		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG (<i>venetoclax</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG (<i>venetoclax</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (180 TABLETS per 30 DAYS)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG (<i>venetoclax</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (1 PACK per 28 days)
CARDIOVASCULARES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS Y DEL SISTEMA CIRCULATORIO		
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA ECA - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	PG	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	PG	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	PG	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	PG	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	PG	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	PG	

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	PG	
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	PG	
INHIBIDORES DE LA ECA - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PG	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	PG	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	PG	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	PG	
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ALDOSTERONA - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	NP	
ALFA-BLOQUEANTES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	PG	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	PG	
COMBINACIONES/ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	PG	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	NP	
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	NP	
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	PG	
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	PG	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	NP	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	NP	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	NP	
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	PG	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	PG	
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	PG	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	NP	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PG	
ANTIARRÍTMICOS - MEDICAMENTOS PARA CONTROLAR EL RITMO CARDÍACO		
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	PG	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	PG	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	NP	PA
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	PG	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG (<i>dronedarone hcl</i>)	NP	PA
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG (<i>disopyramide phosphate</i>)	PB	
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg)	PG	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	NP	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	PG	

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	PG	
ANTILIPÉMICOS, RESINAS DE ÁCIDO BILIAR		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	PG	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	PG	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	PG	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	PG	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	PG	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	PG	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	PG	
<i>cholestyramine light (Prevalite Oral Powder 4 Gm/Dose)</i>	PG	
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ABSORCIÓN DEL COLESTEROL		
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	PG	
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	PG	
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg</i>	PG	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	PG	
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	PG	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	PG	
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	CE	N7 (PG); AL (Min 40 Years and Max 75 Years)
<i>atorvastatin calcium oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	PG	
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	PG	
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PG	
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	CE	N7 (PG); AL (Min 40 Years and Max 75 Years)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	PG	ST

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA/COMBINACIONES		
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	NP	
ANTILIPÉMICOS, VARIOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	PG	
ANTILIPÉMICOS, ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3		
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	NP	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM (<i>icosapent ethyl</i>)	PB	
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE PCSK9		
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (<i>alirocumab</i>)	PSP	PA; QL (2 PENS per 28 DAYS)
COMBINACIONES DE BETA BLOQUEANTE/DIURÉTICO - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	PG	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	PG	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	PG	
<i>propranolol-hctz oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	PG	
BETA BLOQUEANTES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	PG	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PG	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (<i>nebivolol hcl</i>)	NP	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	PG	
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	NP	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	PG	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>sotalol hcl (Sorine Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 240 Mg, 80 Mg)</i>	PG	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
COMBINACIONES DE BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO/ANTILIPÉMICOS		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	PG	
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (<i>diltiazem hcl coated beads</i>)	NP	
<i>diltiazem hcl coated beads (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg)</i>	PG	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	PG	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	PG	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	PG	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	PG	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>diltiazem hcl coated beads (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)</i>	PG	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	PG	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	PG	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	PG	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	PG	
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	PG	
<i>diltiazem hcl er beads (Taztia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg)</i>	PG	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	PG	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	PG	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PG	
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>digoxin (Digox Oral Tablet 125 Mcg, 250 Mcg)</i>	PG	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	PG	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	PG	
LANOXIN ORAL TABLET 62.5 MCG (<i>digoxin</i>)	PB	
INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA/ COMBINACIONES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	PG	
DIURÉTICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	PG	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	PG	
ALDACTAZIDE ORAL TABLET 50-50 MG (<i>spironolactone-hctz</i>)	PB	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	PG	

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	PG	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PG	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	PG	
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5ML (<i>chlorothiazide</i>)	NP	
<i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>	NP	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	PG	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	PG	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	PG	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	PG	
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	PG	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	PG	
VARIOS		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	PG	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	NP	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML (<i>ivabradine hcl</i>)	PB	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (<i>ivabradine hcl</i>)	PB	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (<i>sacubitril-valsartan</i>)	PB	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	PG	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	PG	
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule 10 mg</i>	PSP	PA; QL (360 CAPSULES per 25 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	PG	ST
NITRATOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS		
DILATRATE-SR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 40 MG (<i>isosorbide dinitrate</i>)	NP	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	PG	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PG	
<i>nitroglycerin</i> (Minitran Transdermal Patch 24 Hour 0.1 Mg/Hr, 0.2 Mg/Hr, 0.4 Mg/Hr, 0.6 Mg/Hr)	PG	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 % (<i>nitroglycerin</i>)	NP	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (<i>nitroglycerin</i>)	PB	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	PG	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	PG	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	NP	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA HIPERTENSIÓN PULMONAR		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG (<i>riociguat</i>)	NPSP	PA; QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PSP	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	PSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG (<i>macitentan</i>)	PSP	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>treprostinil diolamine</i>)	PSP	PA
REMODULIN INJECTION SOLUTION 100 MG/20ML, 20 MG/20ML, 200 MG/20ML, 50 MG/20ML (<i>treprostinil</i>)	NPSP	PA
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	PSP	PA; QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	NPSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYs)

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE 32 MG (<i>bosentan</i>)	PSP	PA; QL (112 TABLETS per 28 DAYs)
TYVASO STARTER INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML (<i>treprostinil</i>)	PSP	PA; QL (28 AMPULES per 28 DAYs)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG (<i>selexipag</i>)	PSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG (<i>selexipag</i>)	PSP	PA; QL (140 TABLETS per 28 DAYs)
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG (<i>selexipag</i>)	PSP	PA; QL (1 PACK per 28 days)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML (<i>iloprost</i>)	PSP	PA; QL (270 AMPULES per 30 DAYs)
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL - MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO		
ANSIOLÍTICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA ANSIEDAD		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (<i>alprazolam</i>)	PB	QL (300 ML per 25 DAYs)
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PG	QL (150 TABLETS per 25 DAYs)
<i>alprazolam oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PG	QL (150 TABLETS per 25 DAYs)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	PG	QL (360 CAPSULES per 25 DAYs)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	PG	QL (150 ML per 25 DAYs)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PG	QL (150 TABLETS per 25 DAYs)
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	PG	
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	PG	QL (120 CAPSULES per 25 DAYs)
ANTICONVULSIVOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LAS CONVULSIONES		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	NP	PA
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML (<i>brivaracetam</i>)	NP	PA
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (<i>brivaracetam</i>)	NP	PA

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	PG	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	PG	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	PG	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	PG	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	PG	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG (<i>methsuximide</i>)	NP	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	PG	PA
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PG	PA
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PG	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	PG	QL (180 TABLETS per 25 DAYS)
<i>diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)</i>	PG	QL (240 ML per 25 DAYS)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	PG	QL (1200 ML per 25 DAYS)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	PG	QL (120 TABLETS per 25 DAYS)
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (<i>phenytoin sodium extended</i>)	NP	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	PG	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	PG	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>cannabidiol</i>)	NPSP	PA; QL (800 ML per 30 days)
<i>carbamazepine (Eitol Oral Tablet 200 Mg)</i>	PG	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	PG	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	PG	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	PG	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	NP	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML (<i>perampanel</i>)	PB	
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG (<i>perampanel</i>)	PB	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	PG	QL (6 CAPSULES per 1 day)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	PG	QL (72 ML per 1 day)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	PG	QL (6 TABLETS per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	PG	QL (4 TABLETS per 1 day)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	NP	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	PG	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	NP	
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	NP	
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	PG	
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	PG	
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	PG	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	PG	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	PG	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	PG	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML (<i>midazolam (anticonvulsant)</i>)	NP	PA; QL (10 NASAL SPRAY UNITS per 25 DAYs)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	PG	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	PG	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	PG	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	PG	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	PG	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	PG	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	PG	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	ST
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	PG	ST
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	NP	PA
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	PG	PA
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 4 mg</i>	PG	
<i>tiagabine hcl oral tablet 2 mg</i>	NP	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	PG	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	PG	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	PG	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	PSP	PA; QL (180 PACKETS per 30 DAYs)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	PSP	PA; QL (180 TABLETS per 30 DAYs)
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML (<i>lacosamide</i>)	NP	
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (<i>lacosamide</i>)	NP	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
ANTIDEMENCIA - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DEMENCIA Y LA PÉRDIDA DE MEMORIA		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	NP	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>	NP	
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	NP	
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	NP	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	NP	
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	PG	PA; AL (Max 29 Years)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	PG	PA; AL (Max 29 Years)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg, 5 mg</i>	PG	PA; AL (Max 29 Years)
NAMENDA XR TITRATION PACK ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7 & 14 & 21 & 28 MG (<i>memantine hcl</i>)	PB	PA; AL (Max 29 Years)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	NP	PA
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	NP	PA
ANTIDEPRESIVOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DEPRESIÓN		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg</i>	PG	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (150 TABLETS per 25 days); AL (Min 65 Years)
<i>amitriptyline hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 75 mg</i>	PG	AL (Min 65 Years)

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>amitriptyline hcl oral tablet 25 mg</i>	PG	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 TABLETS per 25 days); AL (Min 65 Years)
<i>amitriptyline hcl oral tablet 50 mg</i>	PG	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (30 TABLETS per 25 days); AL (Min 65 Years)
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	QL (90 TABLETS per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>amoxapine oral tablet 150 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	PG	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	PG	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	NP	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PG	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	NP	QL (150 CAPSULES per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>clomipramine hcl oral capsule 75 mg</i>	NP	QL (90 CAPSULES per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (90 TABLETS per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	PG	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (30 TABLETS per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>desipramine hcl oral tablet 75 mg</i>	PG	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 TABLETS per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	NP	ST; QL (30 TABLETS per 25 DAYS)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	QL (90 CAPSULES per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>doxepin hcl oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>doxepin hcl oral capsule 75 mg</i>	PG	QL (60 CAPSULES per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	PG	QL (450 ML per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	PG	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	PG	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (<i>levomilnacipran hcl</i>)	NP	ST; QL (30 CAPSULES per 25 DAYS)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG (<i>levomilnacipran hcl</i>)	NP	ST; QL (30 CAPSULES per 25 DAYS)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PG	
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>	PG	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	PG	
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PG	
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>	PG	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	PG	QL (120 TABLETS per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>imipramine hcl oral tablet 50 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 75 mg</i>	NP	QL (30 CAPSULES per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg</i>	NP	AL (Min 65 Years)
<i>maprotiline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG (<i>isocarboxazid</i>)	NP	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	PG	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	PG	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	NP	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg</i>	PG	QL (150 CAPSULES per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>nortriptyline hcl oral capsule 25 mg</i>	PG	QL (60 CAPSULES per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 50 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 75 mg</i>	PG	AL (Min 65 Years)
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	PG	QL (750 ML per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	NP	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PG	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	PG	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg</i>	NP	QL (60 TABLETS per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>protriptyline hcl oral tablet 5 mg</i>	NP	QL (90 TABLETS per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	PG	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	NP	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	NP	QL (30 CAPSULES per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	NP	QL (60 CAPSULES per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (vortioxetine hbr)	NP	ST
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	NP	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (vilazodone hcl)	NP	ST
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG (vilazodone hcl)	NP	ST
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA ENFERMEDAD DE PARKINSON		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	PG	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	PG	
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML (<i>apomorphine hcl</i>)	PSP	PA; QL (20 CARTRIDGES per 30 days)
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PG	
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	PG	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	PG	
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	PG	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	PG	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	PG	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	PG	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	NP	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	PG	
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR (<i>rotigotine</i>)	PB	
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	NP	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	PG	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg</i>	PG	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 1 mg</i>	NP	
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	PG	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	PG	
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	NP	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	PG	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	PG	
ANTIPSICÓTICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PSICOSIS		
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	PG	

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	PG	
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 200 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	NP	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	PG	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	PG	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	PG	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	PG	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (<i>lurasidone hcl</i>)	NP	PA
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	PG	
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	NP	
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg</i>	NP	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	PG	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	NP	
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	PG	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (<i>brexpiprazole</i>)	NP	ST
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	PG	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	PG	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	PG	
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	PG	
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN - MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL TDAH		
<i>amphetamine er oral suspension extended release 1.25 mg/ml</i>	NP	QL (450 ML per 25 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	PG	QL (90 CAPSULES per 25 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 25 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	PG	QL (90 TABLETS per 25 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 25 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 25 DAYS)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	PG	QL (120 CAPSULES per 25 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 25 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	PG	QL (60 CAPSULES per 25 days)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	NP	QL (60 CAPSULES per 25 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 25 mg, 35 mg, 40 mg</i>	NP	QL (30 CAPSULES per 25 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 30 mg</i>	NP	QL (30 CAPSULES per 25 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 25 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	QL (120 TABLETS per 25 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	NP	QL (120 CAPSULES per 25 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 15 mg</i>	NP	QL (60 CAPSULES per 25 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5ml</i>	PG	QL (1200 ML per 25 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	NP	QL (120 TABLETS per 25 DAYS)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	NP	
<i>methamphetamine hcl oral tablet 5 mg</i>	NP	QL (150 TABLETS per 25 DAYs)
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	NP	QL (60 CAPSULES per 25 DAYs)
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	NP	QL (30 CAPSULES per 25 DAYs)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 30 mg</i>	NP	QL (60 CAPSULES per 25 DAYs)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 60 mg</i>	NP	QL (30 CAPSULES per 25 DAYs)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	PG	QL (90 TABLETS per 25 DAYs)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 18 mg, 27 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 25 DAYs)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 36 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 25 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 54 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 25 DAYs)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	NP	QL (900 ML per 25 DAYs)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	NP	QL (1800 ML per 25 DAYs)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	QL (180 TABLETS per 25 DAYs)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	PG	QL (90 TABLETS per 25 DAYs)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	NP	QL (180 TABLETS per 25 DAYs)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	NP	ST; QL (60 CAPSULES per 25 DAYs)
VYVANSE ORAL CAPSULE 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	NP	ST; QL (30 CAPSULES per 25 DAYs)
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	NP	ST; QL (60 TABLETS per 25 DAYs)
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 40 MG, 50 MG, 60 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	NP	ST; QL (30 TABLETS per 25 DAYs)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg, 20 Mg)	PG	QL (60 TABLETS per 25 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
ZENZEDI ORAL TABLET 2.5 MG, 7.5 MG (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	PG	QL (120 TABLETS per 25 DAYs)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenzedi Oral Tablet 30 Mg)	PG	QL (30 TABLETS per 25 DAYs)
HIPNÓTICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL INSOMNIO		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (<i>suvorexant</i>)	NP	PA; QL (30 TABLETS per 25 DAYs)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>lemborexant</i>)	NP	PA; QL (30 TABLETS per 25 DAYs)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	NP	QL (30 TABLETS per 25 DAYs); AL (Min 65 Years)
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	NP	QL (15 TABLETS per 25 DAYs)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	PG	QL (15 TABLETS per 25 DAYs)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG (<i>tasimelteon</i>)	NPSP	PA; QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	PG	QL (15 TABLETS per 25 DAYs)
<i>sleep-aid oral tablet 25 mg</i>	PG	
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	PG	QL (15 CAPSULES per 25 DAYs)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg, 7.5 mg</i>	PG	QL (15 CAPSULES per 25 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	NP	QL (10 TABLETS per 25 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	PG	QL (15 CAPSULES per 25 DAYs)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	NP	QL (15 TABLETS per 25 DAYs)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	QL (15 TABLETS per 25 DAYs)
MIGRAÑA - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA MIGRAÑA		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML (<i>erenumab-aooe</i>)	PB	ST; QL (1 INJECTION per 25 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 70 MG/ML (<i>erenumab-aooe</i>)	PB	ST; QL (2 INJECTIONS per 25 DAYS)
<i>almotriptan malate oral tablet 12.5 mg, 6.25 mg</i>	NP	QL (12 TABLETS per 25 DAYS)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	NP	
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	NP	QL (12 TABLETS per 25 DAYS)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	NP	
<i>frovatriptan succinate oral tablet 2.5 mg</i>	NP	QL (18 TABLETS per 25 DAYS)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	PG	QL (12 TABLETS per 25 DAYS)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	QL (18 TABLETS per 25 DAYS)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	PG	QL (18 TABLETS per 25 DAYS)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	NP	QL (12 SPRAYS per 25 DAYS)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	NP	QL (24 SPRAYS per 25 DAYS)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	QL (12 TABLETS per 25 DAYS)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	NP	QL (18 SYRINGES per 25 DAYS)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	NP	QL (12 SOLUTION CARTRIDGE per 25 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	NP	QL (12 VIALS per 25 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	NP	QL (18 SYRINGES per 25 DAYS)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	NP	QL (12 SOLUTION AUTO-INJECTOR per 25 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution prefilled syringe 6 mg/0.5ml</i>	NP	QL (12 SOLUTION PREFILLED SYRINGE per 25 days)
<i>sumatriptan-naproxen sodium oral tablet 85-500 mg</i>	NP	ST; QL (9 TABLETS per 25 DAYS)
<i>zolmitriptan nasal solution 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	QL (12 SPRAYS per 25 DAYS)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	QL (12 TABLETS per 25 DAYs)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	QL (12 TABLETS per 25 DAYs)
VARIOS		
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	PG	
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML (<i>risdiplam</i>)	NPSP	PA; QL (2 BOTTLES per 24 DAYs)
<i>guanidine hcl oral tablet 125 mg</i>	NP	
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	PG	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	PG	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	PG	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	NP	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG (<i>dextromethorphan-quinidine</i>)	NP	PA
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	NP	
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	PG	
<i>pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml</i>	PG	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	PG	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	PG	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (<i>milnacipran hcl</i>)	NP	ST
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG (<i>milnacipran hcl</i>)	NP	ST
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	PSP	PA; QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	PSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG (<i>interferon beta-1b</i>)	PSP	PA; QL (14 INJECTIONS per 28 DAYs)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	NPSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	PSP	PA; QL (14 CAPSULES per 28 DAYs)

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	PSP	PA; QL (60 CAPSULES per 30 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral 120 & 240 mg</i>	PSP	PA; QL (1 KIT per 30 DAYS)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG (<i>fingolimod hcl</i>)	PSP	PA; QL (30 CAPSULES per 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	PSP	PA; QL (12 SYRINGES per 28 days)
<i>glatiramer acetate</i> (Glatopa Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 20 Mg/Ml)	PSP	PA; QL (30 INJECTIONS per 30 days)
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 22 MCG/0.5ML, 44 MCG/0.5ML (<i>interferon beta-1a</i>)	PSP	PA; QL (12 SYRINGES per 28 DAYS)
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 6X8.8 & 6X22 MCG (<i>interferon beta-1a</i>)	PSP	PA; QL (1 BOX per 28 DAYS)
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 22 MCG/0.5ML, 44 MCG/0.5ML (<i>interferon beta-1a</i>)	PSP	PA; QL (12 SYRINGES per 28 DAYS)
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6X8.8 & 6X22 MCG (<i>interferon beta-1a</i>)	PSP	PA; QL (1 BOX per 28 DAYS)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LOS ESPASMOS MUSCULARES		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	NP	PA; QL (168 TABLETS per 25 DAYS); AL (Min 70 Years)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>metaxalone oral tablet 800 mg</i>	NP	PA; AL (Min 70 Years)
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	PG	
NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA - MEDICAMENTOS PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	PG	PA; QL (30 TABLETS per 25 days)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	PG	PA; QL (60 TABLETS per 25 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	NP	PA; QL (60 TABLETS per 25 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (<i>solriamfetol hcl</i>)	NP	PA; QL (30 TABLETS per 25 DAYs)
PSICOTERAPÉUTICOS - VARIOS		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	NP	PA
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG (<i>varenicline tartrate</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (<i>varenicline tartrate</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42 (<i>varenicline tartrate</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 10-25 mg</i>	NP	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 TABLETS per 25 DAYs); AL (Min 65 Years)
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 5-12.5 mg</i>	NP	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (120 TABLETS per 25 DAYs); AL (Min 65 Years)
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum 4 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge 4 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	PG	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	PG	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	PG	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	CE	N7 (Not Covered)

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML (<i>naloxone hcl</i>)	PB	QL (4 NASAL per 180 DAYS)
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG (<i>nicotine</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML (<i>nicotine</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg</i>	NP	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (150 TABLET per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-25 mg, 4-25 mg</i>	NP	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 TABLET per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 4-10 mg</i>	NP	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (120 TABLET per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 4-50 mg</i>	NP	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (30 TABLET per 25 DAYS); AL (Min 65 Years)
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 limited to 2 treatment cycles/year)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG (<i>naltrexone</i>)	PSP	PA; QL (1 VIAL per 28 DAYs)
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DIABETES Y REGULAR LAS HORMONAS		
ANDRÓGENOS - MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS MASCULINAS		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG (<i>oxymetholone</i>)	NP	PA
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG (<i>prasterone</i>)	NP	
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	PG	PA
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	NP	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	PG	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	PG	PA
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%), 25 mg/2.5gm (1%)</i>	PG	PA
ANTIDIABÉTICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA GLUCOSIDASA		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
ANTIDIABÉTICOS, ANÁLOGOS DE LA AMILINA		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML (<i>pramlintide acetate</i>)	NP	ST
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML (<i>pramlintide acetate</i>)	NP	ST
ANTIDIABÉTICOS, BIGUANIDA		
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	PG	
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	PG	
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIONES DE BIGUANIDA/ SULFONILUREA		
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	PG	
ANTIDIABÉTICOS, INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA 4		
<i>alogliptin benzoate oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	NP	ST
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (<i>sitagliptin phosphate</i>)	PB	ST

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDIABÉTICOS, AGONISTAS DE RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG (<i>bromocriptine mesylate</i>)	NP	
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA DPP-4		
<i>alogliptin-metformin hcl oral tablet 12.5-1000 mg, 12.5-500 mg</i>	PG	ST
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	PB	ST
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	PB	ST
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG (<i>linagliptin-metformin hcl</i>)	NP	ST
ANTIDIABÉTICOS, AGENTES MIMÉTICOS DE LA INCRETINA		
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML (<i>dulaglutide</i>)	PB	ST; QL (4 PENS per 21 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML (<i>liraglutide</i>)	NP	ST; QL (3 PENS per 25 days)
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIÓN DE AGENTES MIMÉTICOS DE LA INCRETINA		
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML (<i>insulin glargine-lixisenatide</i>)	PB	ST
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML (<i>insulin degludec-liraglutide</i>)	NP	ST
ANTIDIABÉTICOS, INSULINA		
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	NP	
ADMELOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	NP	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin glargine</i>)	PB	
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart (w/niacinamide)</i>)	PB	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart (w/niacinamide)</i>)	PB	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart (w/niacinamide)</i>)	PB	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	NP	
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	NP	
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	NP	
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	NP	
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin regular human</i>)	NP	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML (<i>insulin regular human</i>)	PB	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML (<i>insulin regular human</i>)	PB	
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin detemir</i>)	PB	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin detemir</i>)	PB	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	PB	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	PB	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	PB	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	PB	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin regular human</i>)	PB	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin regular human</i>)	PB	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart</i>)	PB	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart prot & aspart</i>)	PB	

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart prot & aspart</i>)	PB	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart</i>)	PB	
NOVOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart</i>)	PB	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	NP	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	NP	
ANTIDIABÉTICOS, SENSIBILIZADOR A LA INSULINA		
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	PG	
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIÓN DE SENSIBILIZADOR A LA INSULINA/BIGUANIDA		
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	PG	
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIÓN DE SENSIBILIZADOR A LA INSULINA/SULFONILUREA		
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	PG	
ANTIDIABÉTICOS, MEGLITINIDA		
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	PG	
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	NP	
ANTIDIABÉTICOS, INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2		
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	NP	ST
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 25-1000 MG, 5-1000 MG (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	NP	ST
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG, 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG (<i>dapagliflozin-metformin hcl</i>)	PB	ST
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIONES DE INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2)/INHIBIDORES DE LA DPP-4		
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG (<i>empagliflozin-linagliptin</i>)	NP	ST

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDIABÉTICOS, INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2)		
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>dapagliflozin propanediol</i>)	PB	ST
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (<i>empagliflozin</i>)	NP	ST
ANTIDIABÉTICOS, SULFONILUREA		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	PG	
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
BIFOSFONATOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PÉRDIDA ÓSEA		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	PG	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	PG	
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-2800 MG-UNIT, 70-5600 MG-UNIT (<i>alendronate-cholecalciferol</i>)	NP	ST
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	NP	
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 30 mg, 35 mg, 5 mg</i>	NP	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	NP	
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE CALCIO		
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	PSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	PSP	PA; QL (120 TABLETS per 30 days)
AGENTES QUELANTES		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG (<i>succimer</i>)	NP	
FERRIPROX ORAL TABLET 1000 MG (<i>deferiprone</i>)	PSP	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	PG	PA
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML (<i>sodium polystyrene sulfonate</i>)	PG	
AGENTES ANTITUBERCULOSOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TOXICIDAD POR HIERRO		
<i>deferiprone oral tablet 500 mg</i>	PSP	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>deferiprone</i>)	PSP	PA

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET 1000 MG (<i>deferiprone</i>)	PSP	PA
ANTICONCEPTIVOS - PRODUCTOS PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD		
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Altavera Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Amethia Oral Tablet 0.15-0.03 & 0.01 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Amethyst Oral Tablet 90-20 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
ANNOVERA VAGINAL RING 0.013-0.15 MG/24HR (<i>segesterone-ethinyl estradiol</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 RING per 300 DAYS)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Apri Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Aranelle Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Ashlyna Oral Tablet 0.15-0.03 & 0.01 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Aviane Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Azurette Oral Tablet 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5))	CE	N7 (Not Covered)
BALCOLTRA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG(21) (<i>levonorgest-eth estrad-fe bisg</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone</i> (Camila Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Caziant Oral Tablet 0.1/0.125/0.15 -0.025 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Chateal Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Cryselle-28 Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Cyclafem 1/35 Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Cyclafem 7/7/7 Oral Tablet 0.5/0.75/1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Dasetta 1/35 Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Dasetta 7/7/7 Oral Tablet 0.5/0.75/1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.
01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Delyla Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (4 INJECTIONS per 300 DAYS)
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg, 3-0.03-0.451 mg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
ELLA ORAL TABLET 30 MG (<i>ulipristal acetate</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Emoquette Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Enpresse-28 Oral Tablet 50-30/75-40/ 125-30 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enskyce Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone</i> (Errin Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	CE	N7 (Not Covered); QL (13 RING per 300 DAYS)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Falmina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Fayosim Oral Tablet 42-21-21-7 Days)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Gemmily Oral Capsule 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone</i> (Heather Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Introvale Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Jolessa Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Junel 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Junel 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 24 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Kariva Oral Tablet 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5))	CE	N7 (Not Covered)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Kelnor 1/35 Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Kurvelo Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 DAYS)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Larin 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Leena Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Lessina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Levonest Oral Tablet 50-30/75-40/125-30 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Levora 0.15/30 (28) Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MCG/DAY (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 DAYS)
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET 1 MG-10 MCG / 10 MCG (<i>norethin-eth estrad-fe biphas</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Loryna Oral Tablet 3-0.02 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Low-Ogestrel Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Lutera Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	CE	N7 (Not Covered); QL (4 INJECTIONS per 300 DAYS)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	CE	N7 (Not Covered); QL (4 INJECTIONS per 300 DAYS)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Microgestin 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/24HR (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 DAYS)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
NATAZIA ORAL TABLET 3/2-2/2-3/1 MG (<i>estradiol valerate-dienogest</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG (<i>etonogestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 IMPLANT per 300 DAYS)
NEXTSTELLIS ORAL TABLET 3-14.2 MG (<i>drospirenone-estetrol</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Nikki Oral Tablet 3-0.02 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone</i> (Nora-Be Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral capsule 1-20 mg-mcg(24)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 1/35 (21) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Nortrel 7/7/7 Oral Tablet 0.5/0.75/1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Ocella Oral Tablet 3-0.03 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Orsythia Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>copper</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 DAYS)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Pirmella 1/35 Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Pirmella 7/7/7 Oral Tablet 0.5/0.75/1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Portia-28 Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Previfem Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Reclipsen Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Rivelsa Oral Tablet 42-21-21-7 Days)	CE	N7 (Not Covered)
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 DAYS)
SLYND ORAL TABLET 4 MG (<i>drospirenone</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Sprintec 28 Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Sronyx Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Syeda Oral Tablet 3-0.03 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> (Tilia Fe Oral Tablet 1-20/1-30/1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Linyah Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Trivora (28) Oral Tablet 50-30/75-40/ 125-30 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 120-30 MCG/24HR (<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>)	CE	N7 (Not Covered)
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE 0.1-20 MG-MCG (<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Velivet Oral Tablet 0.1/0.125/0.15 -0.025 Mg)	CE	N7 (Not Covered)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol (Vyfemla Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol (Wera Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norelgestromin-eth estradiol (Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24Hr)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (Zarah Oral Tablet 3-0.03 Mg)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (Zovia 1/35E (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)</i>	CE	N7 (Not Covered)
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	PG	
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (<i>elagolix sodium</i>)	PB	
REEMPLAZOS ENZIMÁTICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR DEFICIENCIAS ENZIMÁTICAS		
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG (<i>carglumic acid</i>)	PSP	PA
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG (<i>eliglustat tartrate</i>)	PSP	PA; QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
CYSTADANE ORAL POWDER (<i>betaine</i>)	PSP	PA
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 11.3 MG (<i>metreleptin</i>)	PSP	PA; QL (30 VIALS per 30 DAYs)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	PSP	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG (<i>nitisinone</i>)	PSP	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (<i>nitisinone</i>)	PSP	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	PSP	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	PSP	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	PSP	PA; QL (600 GRAMS per 30 DAYs)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	PSP	PA; QL (1200 TABLETS per 30 DAYs)
ESTRÓGENOS - MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS FEMENINAS		
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/DAY (<i>estradiol-levonorgestrel</i>)	PB	
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML (<i>estradiol cypionate</i>)	NP	
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 0.25 MG/0.25GM, 0.5 MG/0.5GM, 0.75 MG/0.75GM, 1 MG/GM, 1.25 MG/1.25GM (<i>estradiol</i>)	NP	PA; AL (Min 70 Years)

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG (<i>conj estrogens-bazedoxifene</i>)	PB	
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL 0.52 MG/0.87 GM (0.06%) (<i>estradiol</i>)	NP	PA; AL (Min 70 Years)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	PG	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	PG	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	PG	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL 0.75 MG/1.25 GM (0.06%) (<i>estradiol</i>)	NP	PA; AL (Min 70 Years)
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION 1.53 MG/SPRAY (<i>estradiol</i>)	NP	PA; AL (Min 70 Years)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Jinteli Oral Tablet 1-5 Mg-Mcg)	PG	
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG (<i>esterified estrogens</i>)	NP	PA; AL (Min 70 Years)
<i>estradiol-norethindrone acet</i> (Mimvey Oral Tablet 1-0.5 Mg)	PG	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg</i>	NP	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (<i>estrogens conjugated</i>)	NP	PA; AL (Min 70 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM (<i>estrogens, conjugated</i>)	NP	
<i>estradiol</i> (YuvaFem Vaginal Tablet 10 Mcg)	NP	
REGULADORES DE LA FERTILIDAD		
<i>chorionic gonadotropin intramuscular solution reconstituted 10000 unit</i>	PSP	PA
GLUCOCORTICOIDES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA RESPUESTA INFLAMATORIA		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (<i>dexamethasone</i>)	PB	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	PG	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	PG	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	PG	

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.
01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML (<i>deflazacort</i>)	NPSP	PA; QL (52 ML per 30 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG, 30 MG, 36 MG (<i>deflazacort</i>)	NPSP	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
EMFLAZA ORAL TABLET 6 MG (<i>deflazacort</i>)	NPSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	PG	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG (<i>methylprednisolone</i>)	PB	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	PG	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	PG	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	PG	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml</i>	NP	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	PG	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	NP	
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML (<i>prednisone</i>)	PB	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	PG	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	PG	
AGENTES HIPERGLUCEMIANTES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL BAJO NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG (<i>glucagon hcl (rdna)</i>)	PB	
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>	PG	
HORMONAS DE CRECIMIENTO HUMANO - MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS DE LA HIPÓFISIS		
HUMATROPE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 12 MG, 24 MG, 5 MG, 6 MG (<i>somatropin</i>)	PSP	PA
VARIOS		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	PG	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	PG	

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (<i>cysteamine bitartrate</i>)	PSP	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	PSP	PA; QL (90 ML per 30 DAYs)
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml</i>	PSP	PA; QL (45 ML per 30 DAYs)
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>	PSP	PA; QL (225 ML per 30 DAYs)
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	PSP	PA; QL (90 ML per 30 DAYs)
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG (<i>ospemifene</i>)	PB	
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	PG	AL (Min 35 Years)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML (<i>pasireotide diaspertate</i>)	NPSP	PA; QL (60 AMPULES per 30 DAYs)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML (<i>lanreotide acetate</i>)	PSP	PA; QL (1 INJECTION per 28 DAYs)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG (<i>pegvisomant</i>)	PSP	PA; QL (30 VIALS per 30 DAYs)
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML (<i>nafarelin acetate</i>)	NPSP	PA
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	PSP	PA
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML (<i>abaloparatide</i>)	PSP	PA; QL (1 PEN per 30 DAYs)
AGENTES AGLUTINANTES DEL FOSFATO - MEDICAMENTOS PARA REGULAR LOS NIVELES DE CALCIO Y FÓSFORO		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	PG	
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	PG	
FOSRENOL ORAL PACKET 1000 MG, 750 MG (<i>lanthanum carbonate</i>)	NP	
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG/5ML (<i>calcium acetate (phos binder)</i>)	PB	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	PG	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	NP	
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG (<i>sucroferric oxyhydroxide</i>)	NP	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
PROGESTINAS - MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS FEMENINAS		
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 & 5 MG, 3.75 & 5 MG (<i>leuprolide & norethindrone</i>)	NPSP	PA
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	PG	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	PG	
AGENTES TIROIDEOS - MEDICAMENTOS PARA REGULAR LOS NIVELES DE TIROIDES		
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	PG	
<i>levothyroxine sodium</i> (Levoxyl Oral Tablet 100 Mcg, 112 Mcg, 125 Mcg, 137 Mcg, 150 Mcg, 175 Mcg, 200 Mcg, 25 Mcg, 50 Mcg, 75 Mcg, 88 Mcg)	PG	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	PG	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	PG	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (<i>levothyroxine sodium</i>)	PB	
<i>levothyroxine sodium</i> (Unithroid Oral Tablet 100 Mcg, 112 Mcg, 125 Mcg, 200 Mcg, 25 Mcg, 300 Mcg, 50 Mcg, 75 Mcg, 88 Mcg)	PG	
VASOPRESINAS - MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS DE LA HIPÓFISIS		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	PG	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	PG	
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	NP	
GASTROINTESTINALES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS INTESTINOS Y EL ESTÓMAGO		
ANTICOLINÉRGICOS		
CUVPOSA ORAL SOLUTION 1 MG/5ML (<i>glycopyrrolate</i>)	PB	
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	PG	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	PG	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	PG	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	NP	

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>methscopolamine bromide oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	NP	PA; AL (Min 70 Years)
ANTIEMÉTICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LAS NÁUSEAS Y LOS VÓMITOS		
AKYNZEO ORAL CAPSULE 300-0.5 MG (<i>netupitant-palonosetron</i>)	NP	QL (2 CAPSULES per 21 DAYS)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	PG	QL (2 CAPSULES per 21 DAYS)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	PG	QL (3 CAPSULES per 180 DAYS)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	PG	QL (2 PACKS per 21 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	PG	QL (4 CAPSULES per 21 DAYS)
<i>prochlorperazine</i> (Compro Rectal Suppository 25 Mg)	PG	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	NP	QL (60 CAPSULES per 25 DAYS)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	NP	QL (12 TABLETS per 21 DAYS)
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	PG	
<i>metoclopramide hcl oral solution 10 mg/10ml</i>	PG	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>metoclopramide hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	PG	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	PG	QL (200 ML per 21 DAYS)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	PG	QL (2 TABLETS per 21 DAYS)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	PG	QL (18 TABLETS per 21 DAYS)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	PG	QL (18 TABLETS per 21 DAYS)
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	PG	
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	NP	
<i>promethazine hcl</i> (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg)	NP	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 50 MG (<i>promethazine hcl</i>)	PG	
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH 3.1 MG/24HR (<i>granisetron</i>)	PB	QL (2 PATCHES per 21 DAYS)
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	PG	
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	PG	
VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 90 MG (<i>rolapitant hcl</i>)	PB	
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2 - MEDICAMENTOS PARA LAS ÚLCERAS Y LA ACIDEZ ESTOMACAL		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>	PG	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	PG	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	PG	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	PG	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	PG	
<i>nizatidine oral solution 15 mg/ml</i>	PG	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL - MEDICAMENTOS PARA LAS AFECCIONES DEL ESTÓMAGO Y LOS INTESTINOS		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	PG	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	NP	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG (<i>olsalazine sodium</i>)	NP	PA
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	PG	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	PG	
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	PG	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm, 800 mg</i>	NP	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	PG	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	PG	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	PG	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	PG	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	PG	
SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE CON ESTREÑIMIENTO		
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	PG	PA

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
ZELNORM ORAL TABLET 6 MG (<i>tegaserod maleate</i>)	NP	PA
SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE CON DIARREA		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	NP	PA
LAXANTES - MEDICAMENTOS PARA EL ESTREÑIMIENTO		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML (<i>sod picosulfate-mag ox-cit acd</i>)	CE	N7 (PB); N8 (\$0 copay for members age 50 through 74); AL (Min 50 Years and Max 74 Years)
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	PG	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM (<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i>)	PG	
<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i> (Gavilyte-G Oral Solution Reconstituted 236 Gm)	PG	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted 420 Gm)	PG	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	PG	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	PG	
OSMOPREP ORAL TABLET 1.102-0.398 GM (<i>sod phos mono-sod phos dibasic</i>)	NP	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	PG	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	PG	
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted 100 gm</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay for members age 50 through 74); AL (Min 50 Years and Max 74 Years)
PEG-PREP ORAL KIT 5-210 MG-GM (<i>bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay for members age 50 through 74, otherwise not covered); AL (Min 50 Years and Max 74 Years)
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM (<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>)	CE	N7 (Not Covered); AL (Min 50 Years and Max 74 Years)
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	PG	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML (<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay for members age 50 through 74); AL (Min 50 Years and Max 74 Years)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG (<i>sodium sulfate-mag sulfate-kcl</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay for members age 50 through 74); AL (Min 50 Years and Max 74 Years)
VARIOS		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	NP	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	PG	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	PG	
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	PG	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	PG	
MOTOFEN ORAL TABLET 1-0.025 MG (<i>difenoxin-atropine</i>)	NP	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (<i>naloxegol oxalate</i>)	PB	
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	NP	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 8 MG/0.4ML (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	NP	PA
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	PG	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	PG	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	NP	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	PB	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML (<i>sacrosidase</i>)	NP	PA; QL (354 ML per 25 DAYS)
VIOKACE ORAL TABLET 10440-39150 UNIT, 20880-78300 UNIT (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	PB	PA
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	PB	PA

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES - MEDICAMENTOS PARA LAS ÚLCERAS Y LA ACIDEZ ESTOMACAL		
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG (<i>dexlansoprazole</i>)	NP	ST; QL (90 CAPSULES per 365 DAYS)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	PG	QL (90 CAPSULES per 365 DAYS)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NP	QL (90 CAPSULES per 365 DAYS)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg</i>	PG	QL (90 PACKETS per 365 DAYS); AL (Max 11 Months)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	PG	QL (90 CAPSULES per 365 DAYS)
NEXIUM ORAL PACKET 2.5 MG, 5 MG (<i>esomeprazole magnesium</i>)	NP	QL (90 PACKETS per 365 DAYS); AL (Max 11 Months)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PG	QL (90 CAPSULES per 365 DAYS)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral packet 20-1680 mg, 40-1680 mg</i>	NP	QL (90 PACKETS per 365 DAYS)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	PG	QL (90 TABLETS per 365 DAYS)
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	PG	QL (90 TABLETS per 365 DAYS)
RECTALES, CORTICOSTEROIDES		
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	PG	
<i>hydrocortisone (Procto-Pak External Cream 1 %)</i>	PG	
<i>hydrocortisone (Proctozone-Hc External Cream 2.5 %)</i>	PG	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (<i>nitroglycerin</i>)	NP	
COMBINACIONES DE TERAPIA PARA ÚLCERAS		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral</i>	NP	
GENITOURINARIOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES GENITALES Y DEL TRACTO URINARIO		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRÓSTATA AGRANDADA		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	PG	
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG, 8 MG (<i>doxazosin mesylate</i>)	NP	ST

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	PG	
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	PG	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	PG	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	PG	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	PG	
ANTICONCEPTIVOS - PRODUCTOS PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD		
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (<i>nonoxynol-9</i>)	CE	N7 (Not Covered)
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 3 % (<i>nonoxynol-9</i>)	CE	N7 (Not Covered)
SHUR-SEAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 2 % (<i>nonoxynol-9</i>)	CE	N7 (Not Covered)
TODAY SPONGE VAGINAL 1000 MG (<i>nonoxynol-9</i>)	CE	N7 (Not Covered)
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM 28 % (<i>nonoxynol-9</i>)	CE	N7 (Not Covered)
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FOAM 12.5 % (<i>nonoxynol-9</i>)	CE	N7 (Not Covered)
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 4 % (<i>nonoxynol-9</i>)	CE	N7 (Not Covered)
DISFUNCIÓN ERÉCTIL		
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	PA; QL (30 TABLETS per 25 DAYS)
VARIOS		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG (<i>pentosan polysulfate sodium</i>)	NP	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	PG	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	PG	
<i>urinary pain relief oral tablet 95 mg</i>	PG	
PROGESTINAS - MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS FEMENINAS		
CRINONE VAGINAL GEL 4 %, 8 % (<i>progesterone</i>)	PB	
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA INCONTINENCIA URINARIA		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>	NP	

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>	PG	
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML (<i>mirabegron</i>)	PB	
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>	PG	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	PG	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	NP	
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	PG	
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG, 8 MG (<i>fesoterodine fumarate</i>)	NP	ST
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	NP	
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	PG	
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES VAGINALES		
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (<i>clindamycin phosphate</i>)	PB	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	NP	
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 % (<i>butoconazole nitrate (1 dose)</i>)	NP	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	PG	
<i>miconazole 3 vaginal suppository 200 mg</i>	PG	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	PG	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	NP	
<i>metronidazole (Vandazole Vaginal Gel 0.75 %)</i>	PG	
HEMATOLÓGICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DE LA SANGRE		
ANTICOAGULANTES - DILUYENTES DE LA SANGRE		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG (<i>apixaban</i>)	PB	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (<i>apixaban</i>)	PB	
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	PG	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 2.5 mg/0.5ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	NP	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/ML, 12500 UNIT/0.5ML, 15000 UNIT/0.6ML, 18000 UNIT/0.72ML, 2500 UNIT/0.2ML, 5000 UNIT/0.2ML, 7500 UNIT/0.3ML, 95000 UNIT/3.8ML (<i>dalteparin sodium</i>)	NP	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	PG	
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 5000 unit/0.5ml</i>	PG	
<i>warfarin sodium</i> (Jantoven Oral Tablet 1 Mg, 10 Mg, 2 Mg, 2.5 Mg, 3 Mg, 4 Mg, 5 Mg, 6 Mg, 7.5 Mg)	PG	
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG (<i>dabigatran etexilate mesylate</i>)	NP	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	PG	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG (<i>rivaroxaban</i>)	PB	
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG (<i>rivaroxaban</i>)	PB	
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	PSP	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 100 MCG/0.5ML, 150 MCG/0.3ML, 200 MCG/0.4ML, 25 MCG/0.42ML, 300 MCG/0.6ML, 40 MCG/0.4ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	PSP	PA
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MCG/0.3ML, 150 MCG/0.3ML, 200 MCG/0.3ML, 30 MCG/0.3ML, 50 MCG/0.3ML, 75 MCG/0.3ML (<i>methoxy peg-epoetin beta</i>)	PSP	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML (<i>filgrastim-aafi</i>)	PSP	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML (<i>filgrastim-aafi</i>)	PSP	PA

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	NPSP	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	NPSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML (<i>epoetin alfa-epbx</i>)	PSP	PA
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML (<i>pegfilgrastim-bmez</i>)	PSP	PA; QL (2 INJECTIONS per 28 DAYs)
VARIOS		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	PG	
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>	NP	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	PG	
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT, 3000 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	NPSP	PA; QL (20 VIALS per 30 DAYs)
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	PSP	PA; QL (45 SYRINGES per 90 DAYs)
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	PG	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	PG	
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA - DILUYENTES DE LA SANGRE		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	PG	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG (<i>ticagrelor</i>)	PB	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 300 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	NP	
YOSPRALA ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325-40 MG, 81-40 MG (<i>aspirin-omeprazole</i>)	NP	
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG (<i>vorapaxar sulfat</i>)	NP	
AGENTES INMUNOLÓGICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNITARIO		
AGENTES BIOLÓGICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD		
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML (<i>tocilizumab</i>)	NPSP	PA; ST; QL (4 SYRINGES per 28 days)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML (<i>etanercept</i>)	PSP	PA; QL (4 CARTRIDGES per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML (<i>etanercept</i>)	PSP	PA; QL (4 VIALS per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML (<i>etanercept</i>)	PSP	PA; QL (4 SYRINGES per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG (<i>etanercept</i>)	PSP	PA; QL (4 VIALS per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML (<i>etanercept</i>)	PSP	PA; QL (4 SYRINGES per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (3 INJECTIONS per 28 DAYS)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (2 INJECTIONS per 28 DAYS)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (4 INJECTIONS per 28 DAYS)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (1 kit per 28 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (6 PENS per 28 DAYS)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (1 KIT per 28 DAYS)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (4 PENS per 28 DAYS)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (1 PEN per 28 Days)
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (1 kit per 28 Days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (2 INJECTIONS per 28 DAYS)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (4 INJECTIONS per 28 DAYS)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG (<i>upadacitinib</i>)	PSP	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (<i>golimumab</i>)	NPSP	PA; ST; QL (1 INJECTION per 28 DAYS)

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/0.5ML (<i>golimumab</i>)	NPSP	PA; ST; QL (1 INJECTION per 28 days)
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (<i>golimumab</i>)	NPSP	PA; ST; QL (1 INJECTION per 28 DAYS)
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.5ML (<i>golimumab</i>)	NPSP	PA; ST; QL (1 INJECTION per 28 days)
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	PSP	PA; QL (2 SYRINGES per 84 DAYS)
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	PSP	PA; IBC (Preferred agent for Psoriasis); QL (1 SYRINGE per 84 DAYS)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	PSP	PA; IBC (Preferred agent for Psoriasis); QL (1 SYRINGE per 84 DAYS)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML (<i>ustekinumab</i>)	PSP	PA; QL (1 SYRINGE per 84 DAYS)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML (<i>ustekinumab</i>)	PSP	PA; QL (1 SYRINGE per 56 DAYS)
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (<i>tofacitinib citrate</i>)	PSP	PA; QL (240 ML per 24 DAYS)
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG (<i>tofacitinib citrate</i>)	PSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG (<i>tofacitinib citrate</i>)	PSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG (<i>tofacitinib citrate</i>)	PSP	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 22 MG (<i>tofacitinib citrate</i>)	PSP	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) - MEDICAMENTOS PARA LA ARTRITIS REUMATOIDEA		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	PG	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PG	
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG (<i>apremilast</i>)	PSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG (<i>apremilast</i>)	PSP	PA; QL (55 TABLETS per 28 days)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOGLOBULINA		
HYQVIA SUBCUTANEOUS KIT 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML (<i>immune globulin-hyaluronidase</i>)	PSP	PA
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML (<i>interferon gamma-1b</i>)	NPSP	PA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG (<i>rilonacept</i>)	PSP	PA; QL (8 VIALS per 28 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML (<i>interferon alfa-2b</i>)	PSP	PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT (<i>interferon alfa-2b</i>)	PSP	PA
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (<i>pomalidomide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (21 CAPSULES per 28 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>lenalidomide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (28 CAPSULES per 28 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG (<i>lenalidomide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (21 CAPSULES per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (<i>thalidomide</i>)	PSP	PA; QL (28 CAPSULES per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (<i>thalidomide</i>)	PSP	PA; QL (56 CAPSULES per 28 days)
INMUNOSUPRESORES		
azathioprine (Azasan Oral Tablet 100 Mg, 75 Mg)	NP	
azathioprine oral tablet 50 mg	PG	
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	PG	
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	PG	
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	PG	
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg	PG	
cyclosporine modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	PG	
cyclosporine modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	PG	
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	PG	
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	PG	
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	PG	
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>cyclosporine</i>)	NP	
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	PG	
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PG	
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	PG	
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG (<i>everolimus</i>)	PB	
DISPOSITIVOS MÉDICOS		
ANTICONCEPTIVOS - PRODUCTOS PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm arc-spring</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYS)
FC2 FEMALE CONDOM (<i>condoms - female</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (12 CONDOMS per 25 days)
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (<i>cervical caps</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DEVICE per 300 DAYS)
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYS)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYS)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYS)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYS)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYS)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYS)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYS)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYS)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYS)
SUMINISTROS PARA LA DIABETES		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	PB	QL (204 STRIPS per 25 days)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
ACCU-CHEK COMPACT PLUS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	PB	QL (204 STRIPS per 25 days)
ACCU-CHEK GUIDE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	PB	QL (204 STRIPS per 25 days)
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCETS (<i>lancets</i>)	PB	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL IN VITRO LIQUID (<i>blood glucose calibration</i>)	PB	
ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	PB	QL (204 STRIPS per 25 days)
<i>alcohol prep pad</i>	PB	
AUTOLET PLATFORMS (<i>lancets misc.</i>)	PB	
<i>autopen device</i>	PB	
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	PB	
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G (<i>lancets</i>)	PB	
CHEMSTRIP 9 IN VITRO STRIP (<i>multiple urine tests</i>)	PB	
DEXCOM G4 PLAT PED RCV/SHARE DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	PB	
DEXCOM G4 PLAT PED RECEIVER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	PB	
DEXCOM G4 PLATINUM RCV/SHARE DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	PB	
DEXCOM G4 PLATINUM RECEIVER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	PB	
DEXCOM G4 PLATINUM TRANSMITTER (<i>continuous blood gluc transmit</i>)	PB	
DEXCOM G4 SENSOR (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	PB	
DEXCOM G5 MOB/G4 PLAT SENSOR (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	PB	
DEXCOM G5 MOBILE RECEIVER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	PB	
DEXCOM G5 MOBILE TRANSMITTER (<i>continuous blood gluc transmit</i>)	PB	
DEXCOM G5 RECEIVER KIT DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	PB	
DEXCOM G6 RECEIVER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	PB	
DEXCOM G6 SENSOR (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	PB	
DEXCOM G6 TRANSMITTER (<i>continuous blood gluc transmit</i>)	PB	

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
DIASTIX IN VITRO STRIP (<i>glucose urine test-glucose ox</i>)	PB	
KETOSTIX IN VITRO STRIP (<i>acetone (urine) test</i>)	PB	
<i>lancing device</i>	PB	
NOVOFINE 32G X 6 MM (<i>insulin pen needle</i>)	PB	
NOVOFINE PEN NEEDLE 32G X 6 MM (<i>insulin pen needle</i>)	PB	
OMNIPOD 5 PACK (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
OMNIPOD DASH 5 PACK PODS (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
OMNIPOD STARTER KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
PTS PANELS KETONE TEST IN VITRO STRIP (<i>ketone blood test</i>)	PB	
V-GO 20 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
V-GO 30 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
V-GO 40 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
VARIOS		
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	PB	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	PB	
FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL (<i>spacer/aero-hold chamber mask</i>)	PB	
HUMATROPEN FOR 12MG DEVICE (<i>injection device</i>)	PB	
HUMATROPEN FOR 24MG DEVICE (<i>injection device</i>)	PB	
HUMATROPEN FOR 6MG DEVICE (<i>injection device</i>)	PB	
PEDIATRIC PANDA MASK (<i>spacer/aero-hold chamber mask</i>)	PB	
COMPLEMENTOS NUTRICIONALES - VITAMINAS Y SUPLEMENTOS		
ELECTROLITOS		
<i>potassium bicarbonate</i> (Effer-K Oral Tablet Effervescent 25 Meq)	PG	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con 10 Oral Tablet Extended Release 10 Meq)	PG	
<i>potassium chloride crys er</i> (Klor-Con M15 Oral Tablet Extended Release 15 Meq)	PG	
<i>potassium chloride crys er</i> (Klor-Con M20 Oral Tablet Extended Release 20 Meq)	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con Oral Tablet Extended Release 8 Meq)	PG	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i>	PG	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	PG	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	PG	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%)</i>	NP	
<i>potassium chloride oral solution 40 meq/15ml (20%)</i>	PG	
VITAMINAS - VITAMINAS Y SUPLEMENTOS		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	PG	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	PG	
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	PG	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	PG	
ELITE-OB ORAL TABLET 50-1.25 MG (<i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i>)	PG	
<i>fluoritab oral solution 0.275 (0.125 f) mg/drop</i>	CE	N7 (Not Covered); AL (Max 5 Years)
<i>folic acid oral capsule 0.8 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); QL (100 CAPSULES per 30 DAYS); AL (Max 55 Years)
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	PG	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	CE	N7 (Not Covered); QL (100 TABLETS per 30 DAYS); AL (Max 55 Years)
<i>sodium fluoride</i> (Nafrinse Drops Oral Solution 0.275 (0.125 F) Mg/Drop)	CE	N7 (Not Covered); AL (Max 5 Years)
<i>sodium fluoride</i> (Nafrinse Oral Tablet Chewable 2.2 (1 F) Mg)	PG	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	PG	
PRENATABS RX ORAL TABLET 29-1 MG (<i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i>)	PG	
<i>pyridoxine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>	CE	N7 (Not Covered); AL (Max 5 Years)
<i>sodium fluoride oral tablet 1.1 (0.5 f) mg</i>	CE	N7 (Not Covered); AL (Max 5 Years)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	PG	
<i>sodium fluoride oral tablet chewable 0.55 (0.25 f) mg, 1.1 (0.5 f) mg</i>	CE	N7 (Not Covered); AL (Max 5 Years)
<i>sodium fluoride oral tablet chewable 2.2 (1 f) mg</i>	PG	
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	PG	
<i>westab max oral tablet 2.5-25-2 mg</i>	PG	
OFTÁLMICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS OJOS		
ANTIALÉRGICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR ALERGIAS		
<i>ALOCRIL OPHTHALMIC SOLUTION 2 % (nedocromil sodium)</i>	NP	
<i>ALOMIDE OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 % (lodoxamide tromethamine)</i>	NP	
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	PG	
<i>bepotastine besilate ophthalmic solution 1.5 %</i>	PG	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	PG	
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	PG	
<i>LASTACRAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 % (alcaftadine)</i>	PB	
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	PG	
ANTIGLAUCOMA - MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL GLAUCOMA		
<i>ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 % (brimonidine tartrate)</i>	NP	
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	PG	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	PG	
<i>BETIMOL OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %, 0.5 % (timolol hemihydrate)</i>	NP	
<i>BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 % (betaxolol hcl)</i>	PB	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	PG	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	PG	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	PG	
<i>COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 % (brimonidine tartrate-timolol)</i>	PB	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	PG	
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (<i>apraclonidine hcl</i>)	NP	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	PG	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	PG	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 % (<i>bimatoprost</i>)	PB	ST
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 % (<i>echothiophate iodide</i>)	NP	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %</i>	PG	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 % (<i>brinzolamide-brimonidine</i>)	PB	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	NP	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	PG	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.5 % (daily)</i>	NP	
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	PG	
ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.0015 % (<i>tafluprost</i>)	NP	ST
ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES E INFLAMACIÓN		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	PG	
BLEPHAMIDE OPHTHALMIC SUSPENSION 10-0.2 % (<i>sulfacetamide-prednisolone</i>)	PB	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 % (<i>sulfacetamide-prednisolone</i>)	PB	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	PG	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	PG	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	NP	
PRED-G OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-1 % (<i>gentamicin-prednisolone acet</i>)	NP	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	PG	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 % (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	PB	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 % (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	PB	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	NP	

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 % (<i>loteprednol-tobramycin</i>)	NP	
ANTIINFECCIOSOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (<i>azithromycin</i>)	PB	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	NP	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	PG	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 % (<i>besifloxacin hcl</i>)	NP	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	PG	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	PG	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	NP	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 % (<i>gentamicin sulfate</i>)	PG	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	PG	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	PG	
<i>moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution 0.5 %</i>	PG	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	NP	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 % (<i>natamycin</i>)	PB	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	PG	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	PG	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	PG	
<i>bacitracin-polymyxin b</i> (Polycin Ophthalmic Ointment 500-10000 Unit/Gm)	PG	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	PG	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	PG	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	PG	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	PG	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	NP	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 % (<i>ganciclovir</i>)	NP	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA INFLAMACIÓN		
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION 0.45 % (<i>ketorolac tromethamine</i>)	PB	
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	NP	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	PG	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	PG	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	PG	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 % (<i>difluprednate</i>)	NP	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	PG	
FML FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 % (<i>fluorometholone</i>)	PB	
FML OPHTHALMIC OINTMENT 0.1 % (<i>fluorometholone</i>)	PB	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 % (<i>nepafenac</i>)	PB	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	PG	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	PG	
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 % (<i>dexamethasone</i>)	PB	
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 % (<i>nepafenac</i>)	PB	
PRED MILD OPHTHALMIC SUSPENSION 0.12 % (<i>prednisolone acetate</i>)	PB	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	PG	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	PB	
ENFERMEDAD DE OJOS SECOS		
LACRISERT OPHTHALMIC INSERT 5 MG (<i>artificial tear insert</i>)	NP	
VARIOS		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	NP	
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 % (<i>cysteamine hcl</i>)	NPSP	PA; QL (4 BOTTLES per 28 DAYs)
<i>phenylephrine hcl ophthalmic solution 10 %, 2.5 %</i>	PG	
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	PG	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 % (<i>cyclosporine</i>)	NP	PA; QL (1 MULTI-USE VIAL per 21 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
RESTASIS OPTHALMIC EMULSION 0.05 % (<i>cyclosporine</i>)	NP	PA; QL (60 SINGLE USE VIALS per 25 DAYs)
<i>tropicamide ophthalmic solution 0.5 %, 1 %</i>	PG	
OTROS		
SOLUCIÓN PARA IRRIGACIÓN		
<i>irrigation solns physiological</i> (Physiolyte Irrigation Solution)	PG	
<i>irrigation solns physiological</i> (Physiosol Irrigation Irrigation Solution)	PG	
<i>ringers irrigation</i> (Tis-U-Sol Irrigation Solution)	PG	
RESPIRATORIOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS RESPIRATORIOS		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	PG	QL (4 INJECTIONS per 25 DAYs)
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS/BETA AGONISTAS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA EPOC		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH (<i>umeclidinium-vilanterol</i>)	NP	QL (1 PACKAGE per 25 DAYs)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT (<i>glycopyrrolate-formoterol</i>)	PB	QL (1 PACKAGE per 25 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	PG	QL (6 BOXES per 25 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT (<i>tiotropium bromide-olodaterol</i>)	NP	QL (1 PACKAGE per 25 DAYs)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH, 200-62.5-25 MCG/INH (<i>fluticasone-umeclidin-vilant</i>)	NP	QL (1 PACKAGE per 25 days)
UTIBRON NEOHALER INHALATION CAPSULE 27.5-15.6 MCG (<i>indacaterol-glycopyrrolate</i>)	NP	QL (1 PACKAGE per 25 DAYs)
ANTICOLINÉRGICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA EPOC		
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	PG	QL (5 BOXES per 25 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	PG	
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG (<i>tiotropium bromide monohydrate</i>)	PB	QL (1 PACKAGE per 25 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT (<i>tiotropium bromide monohydrate</i>)	PB	QL (1 PACKAGE per 25 DAYS)
COMBINACIONES DE ANTIHISTAMÍNICOS		
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension 137-50 mcg/act</i>	PG	QL (1 PACKAGE per 25 DAYS)
ANTIISTAMÍNICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR ALERGIAS		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	PG	QL (2 BOTTLES per 25 days)
<i>carbinoxamine maleate oral solution 4 mg/5ml</i>	PG	
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	PG	
<i>clemastine fumarate oral tablet 2.68 mg</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	PG	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	PG	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	PG	
<i>desloratadine oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	NP	
<i>dexchlorpheniramine maleate oral solution 2 mg/5ml</i>	NP	PA; AL (Min 70 Years)
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5ml</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	PA; AL (Min 70 Years)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	PG	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	PG	
<i>olopatadine hcl nasal solution 0.6 %</i>	NP	QL (1 CONTAINER per 25 days)
BETA AGONISTAS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA Y LA EPOC		
<i>albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour 4 mg, 8 mg</i>	PG	
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	PG	QL (2 INHALERS per 25 DAYS)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	PG	QL (5 BOXES per 25 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (5 mg/ml) 0.5%</i>	PG	QL (60 ML per 25 DAYS)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	PG	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	PG	

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>arformoterol tartrate inhalation nebulization solution 15 mcg/2ml</i>	PG	QL (60 VIALS per 25 DAYS)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution 20 mcg/2ml</i>	PG	QL (60 VIALS per 25 DAYS)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	NP	QL (300 ML per 25 DAYS)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml</i>	NP	QL (45 ML per 25 DAYS)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	NP	QL (2 INHALERS per 25 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE (<i>salmeterol xinafoate</i>)	NP	QL (1 PACKAGE per 25 DAYS)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5 MCG/ACT (<i>olodaterol hcl</i>)	PB	QL (1 PACKAGE per 25 DAYS)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
MODIFICADORES DE LA RESPUESTA BIOLÓGICA		
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (<i>mepolizumab</i>)	PSP	PA; QL (3 INJECTIONS per 28 DAYS)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (<i>mepolizumab</i>)	PSP	PA; QL (3 INJECTIONS per 28 DAYS)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (<i>omalizumab</i>)	PSP	PA; QL (8 SYRINGES per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML (<i>omalizumab</i>)	PSP	PA; QL (2 SYRINGES per 28 DAYS)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG (<i>omalizumab</i>)	PSP	PA; QL (8 VIALS per 28 days)
RESFRÍO/TOS		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	PG	
<i>guaifenesin ac oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	PG	QL (60 ML per day for 7 days per 1 month)
<i>hydrocod polst-cpm polst er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml</i>	PG	N8 (Subject to initial limit); QL (10 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-homatropine oral syrup 5-1.5 mg/5ml</i>	PG	QL (30 ML per day for 7 days per 1 month)
<i>hydrocodone-homatropine oral tablet 5-1.5 mg</i>	PG	QL (6 tablets per day for 7 days per 1 month)
<i>hydromet oral syrup 5-1.5 mg/5ml</i>	PG	QL (30 ML per day for 7 days per 1 month)
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	PG	QL (30 ML per day for 7 days per 1 month)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	PG	
<i>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	PG	QL (30 ML per day for 7 days per 1 month)
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup 6.25-5 mg/5ml</i>	PG	
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	NP	
TUZISTRA XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 14.7-2.8 MG/5ML (<i>codeine polst-chlorphen polst</i>)	NP	QL (20 ML per day for 7 days per 1 month)
MODIFICADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>zileuton er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	NP	
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA Y LAS ALERGIAS		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	PG	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	PG	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PG	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR ALERGIAS		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	PG	QL (2 BOXES per 25 days)
VARIOS		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	PG	
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG (<i>roflumilast</i>)	NP	PA
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %</i>	PG	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG (<i>elexacaftor-tezacaftor-ivacafti</i>)	PSP	PA; QL (84 TABLETS per 28 DAYs)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 50-25-37.5 & 75 MG (<i>elexacaftor-tezacaftor-ivacafti</i>)	PSP	PA; QL (84 TABLETS per 28 days)
ESTEROIDES NASALES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR ALERGIAS		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	PG	QL (3 CONTAINERS per 25 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	PG	QL (1 CONTAINER per 25 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	PG	QL (2 PACKAGES per 25 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
OMNARIS NASAL SUSPENSION 50 MCG/ACT (<i>ciclesonide</i>)	NP	ST; QL (1 PACKAGE per 25 DAYs)
<i>triamcinolone acetonide nasal aerosol 55 mcg/act</i>	PG	QL (1 PACKAGE per 25 days)
AGENTES PARA LA FIBROSIS PULMONAR		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG (<i>pirfenidone</i>)	PSP	PA; QL (270 CAPSULES per 30 DAYs)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG (<i>pirfenidone</i>)	PSP	PA; QL (270 TABLETS per 30 DAYs)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG (<i>pirfenidone</i>)	PSP	PA; QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (<i>nintedanib esylate</i>)	NPSP	PA; QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
INHALANTES ESTEROIDEOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT (<i>ciclesonide</i>)	NP	QL (2 PACKAGES per 25 DAYs)
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT (<i>ciclesonide</i>)	NP	QL (3 PACKAGES per 25 DAYs)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT (<i>fluticasone furoate</i>)	NP	QL (1 PACKAGE per 25 days)
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/INH (<i>mometasone furoate</i>)	NP	QL (1 PACKAGE per 25 DAYs)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/INH (<i>mometasone furoate</i>)	NP	QL (2 PACKAGES per 25 DAYs)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/INH (<i>mometasone furoate</i>)	NP	QL (4 PACKAGES per 25 DAYs)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/INH (<i>mometasone furoate</i>)	NP	QL (2 PACKAGES per 25 DAYs)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT (<i>mometasone furoate</i>)	NP	QL (1 PACKAGE per 25 DAYs)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml</i>	NP	QL (3 BOXES per 25 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.5 mg/2ml</i>	NP	QL (2 BOXES per 25 days)
<i>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</i>	NP	QL (1 BOX per 25 days)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
QVAR REDHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT, 80 MCG/ACT (<i>beclomethasone diprop hfa</i>)	PB	QL (2 PACKAGES per 25 DAYS)
COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ESTEROIDES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA Y LA EPOC		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT (<i>fluticasone-salmeterol</i>)	NP	QL (1 PACKAGE per 25 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH (<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>)	NP	QL (1 PACKAGE per 25 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	PG	QL (3 PACKAGES per 25 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	PG	QL (1 PACKAGE per 25 DAYS)
XANTINAS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA EPOC		
ELIXOPHYLLIN ORAL ELIXIR 80 MG/15ML (<i>theophylline</i>)	NP	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>	PG	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	PG	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	PG	
TÓPICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LA PIEL Y LOS OÍDOS		
ANTIVIRALES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES VIRALES		
DENAVIR EXTERNAL CREAM 1 % (<i>penciclovir</i>)	NP	
DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	NP	PA; AL (Min 35 Years)
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	PG	PA; AL (Min 35 Years)
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	NP	PA; AL (Min 35 Years)
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.1-2.5 %</i>	NP	
<i>tretinoin (Avita External Cream 0.025 %)</i>	PG	PA; AL (Min 35 Years)
<i>tretinoin (Avita External Gel 0.025 %)</i>	PG	PA; AL (Min 35 Years)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	NP	
<i>bp wash external liquid 2.5 %</i>	PG	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %, 1.2-5 %</i>	NP	

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>clindamycin phosphate external foam 1 %</i>	NP	
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	NP	QL (75 ML per 25 DAYS)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	NP	QL (60 ML per 25 DAYS)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	NP	QL (60 ML per 25 DAYS)
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	PG	
EPIDUO FORTE EXTERNAL GEL 0.3-2.5 % (<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>)	NP	
<i>ery external pad 2 %</i>	PG	
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	NP	QL (60 GRAMS per 25 DAYS)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	PG	QL (60 ML per 25 DAYS)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	NP	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	PG	
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	PG	PA; AL (Min 35 Years)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	PG	PA; AL (Min 35 Years)
<i>tretinoin external gel 0.05 %</i>	NP	PA; AL (Min 35 Years)
<i>tretinoin microsphere external gel 0.1 %</i>	PG	PA; AL (Min 35 Years)
<i>tretinoin microsphere pump external gel 0.04 %</i>	PG	PA; AL (Min 35 Years)
DERMATOLOGÍA, QUERATOSIS ACTÍNICA		
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	PG	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	PG	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	NP	
PICATO EXTERNAL GEL 0.015 %, 0.05 % (<i>ingenol mebutate</i>)	NP	
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
CORTISPORIN EXTERNAL OINTMENT 1 % (<i>bacit-poly-neo hc</i>)	NP	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	PG	
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	PG	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	PG	QL (30 GRAMS per 25 DAYS)
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	PG	
<i>silver sulfadiazine (Ssd External Cream 1 %)</i>	PG	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM (<i>mafenide acetate</i>)	NP	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
DERMATOLOGÍA, ANTIMICÓTICOS		
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYS)
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	NP	QL (120 ML per 25 DAYS)
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	PG	
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYS)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	PG	QL (120 ML per 25 DAYS)
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYS)
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	PG	QL (120 ML per 25 DAYS)
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	PG	QL (60 GRAMS per 25 DAYS)
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>	PG	QL (60 ML per 25 DAYS)
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	NP	QL (60 GRAMS per 25 DAYS)
ERTACZO EXTERNAL CREAM 2 % (<i>sertaconazole nitrate</i>)	NP	QL (60 GRAMS per 25 DAYS)
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION 10 % (<i>efinaconazole</i>)	NP	PA; QL (4 ML per 21 DAYS)
<i>ketconazole external cream 2 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYS)
<i>luliconazole external cream 1 %</i>	NP	QL (60 GM per 25 DAYS)
MENTAX EXTERNAL CREAM 1 % (<i>butenafine hcl</i>)	NP	QL (60 GRAMS per 25 DAYS)
<i>naftifine hcl external cream 1 %</i>	NP	QL (60 GRAMS per 25 DAYS)
<i>naftifine hcl external cream 2 %</i>	NP	QL (60 GM per 25 days)
<i>nystatin</i> (Nyamyc External Powder 100000 Unit/Gm)	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYS)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYS)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYS)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYS)
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	NP	QL (60 GRAMS per 25 DAYS)

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	NP	QL (60 GRAMS per 25 DAYs)
<i>nystatin</i> (Nystop External Powder 100000 Unit/Gm)	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>oxiconazole nitrate external cream 1 %</i>	NP	QL (60 GM per 25 days)
<i>sulconazole nitrate external cream 1 %</i>	PG	QL (60 GRAMS per 25 DAYs)
<i>sulconazole nitrate external solution 1 %</i>	PG	QL (60 ML per 25 DAYs)
DERMATOLOGÍA, ANTIPRURIGINOSOS		
<i>doxepin hcl external cream 5 %</i>	NP	ST; QL (45 GRAMS per 25 days)
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	NP	
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	NP	ST
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	NP	ST; QL (100 GRAMS per 25 days)
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	PSP	PA; QL (300 MG per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	PSP	PA; QL (300 MG per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	PSP	PA; QL (1 PEN per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	PSP	PA; QL (1 SYRINGE per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML (<i>secukinumab</i>)	PSP	PA; IBC (Preferred agent for Ankylosing Spondylitis and Psoriatic Arthritis); QL (1 SYRINGE per 28 days)
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	PG	
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	NP	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 % (<i>tazarotene</i>)	PB	PA
TAZORAC EXTERNAL GEL 0.05 %, 0.1 % (<i>tazarotene</i>)	PB	PA
DERMATOLOGÍA, ANTISEBORREICOS		
<i>ketconazole external shampoo 2 %</i>	PG	QL (120 ML per 25 days)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>amcinonide external cream 0.1 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>amcinonide external lotion 0.1 %</i>	NP	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>amcinonide external ointment 0.1 %</i>	PB	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	PG	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	PG	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>betamethasone valerate external foam 0.12 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	NP	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>calcipotriene-betameth diprop external ointment 0.005-0.064 %</i>	NP	ST
<i>clobetasol prop emollient base external cream 0.05 %</i>	NP	QL (120 GM per 25 DAYs)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>clobetasol propionate external foam 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>clobetasol propionate external liquid 0.05 %</i>	NP	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	NP	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	NP	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	NP	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>clocortolone pivalate external cream 0.1 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>	NP	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>desoximetasone external ointment 0.25 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>diflorasone diacetate external cream 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>diflorasone diacetate external ointment 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	NP	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	NP	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	NP	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	PG	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>	NP	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>	PG	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	PG	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	PG	QL (120 ML per 25 DAYs)
<i>prednicarbate external cream 0.1 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>prednicarbate external ointment 0.1 %</i>	NP	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	PG	QL (120 ML per 25 DAYs)

Plan Aetna Health Exchange de 2022: Innovation Health
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

01/01/2022

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
<i>triamcinolone acetonide</i> (Triderm External Cream 0.1 %)	PG	QL (120 GRAMS per 25 DAYs)
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	NP	QL (50 GRAMS per 25 DAYs)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	PG	PA; QL (90 PATCHES per 25 DAYs)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	PG	QL (50 ML per 25 DAYs)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>	PG	QL (60 ML per 25 DAYs)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i>	PG	QL (60 ML per 25 DAYs)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	PG	QL (30 GM per 25 days)
SYNERA EXTERNAL PATCH 70-70 MG (<i>lidocaine-tetracaine</i>)	NP	QL (2 PATCHES per 25 DAYs)
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>acyclovir external cream 5 %</i>	NP	
AMELUZ EXTERNAL GEL 10 % (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	NP	
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	PG	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	PG	
CONDYLOX EXTERNAL GEL 0.5 % (<i>podofilox</i>)	NP	
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	PG	QL (300 GM per 25 days)
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 % (<i>crisaborole</i>)	NP	ST; QL (60 GRAMS per 25 DAYs)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	PG	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	NP	
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 % (<i>bexarotene</i>)	PSP	PA
VOLTAREN EXTERNAL GEL 1 % (<i>diclofenac sodium</i>)	PG	QL (300 GM per 25 days)
DERMATOLOGÍA, ROSÁCEA		
<i>azelaic acid external gel 15 %</i>	NP	
FINACEA EXTERNAL FOAM 15 % (<i>azelaic acid</i>)	PB	
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	NP	
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	NP	
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	PG	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
MIRVASO EXTERNAL GEL 0.33 % (<i>brimonidine tartrate</i>)	NP	PA
<i>metronidazole</i> (Rosadan External Cream 0.75 %)	NP	
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
CROTAN EXTERNAL LOTION 10 % (<i>crotamiton</i>)	PG	
<i>ivermectin external lotion 0.5 %</i>	PG	ST
<i>lice treatment external lotion 1 %</i>	PG	
<i>lindane external shampoo 1 %</i>	PG	
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	NP	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	NP	
<i>spinosad external suspension 0.9 %</i>	NP	
DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 % (<i>becaplermin</i>)	NP	PA; QL (30 GM per 25 days)
PRODUCTOS DENTALES/FARÍNGEOS/BUCALES		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	NP	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	PG	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	PG	
<i>lidocaine hcl mouth/throat solution 4 %</i>	PG	
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	PG	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	PG	
<i>triamcinolone acetonide</i> (Oralene Mouth/Throat Paste 0.1 %)	PG	
ORAVIG BUCCAL TABLET 50 MG (<i>miconazole</i>)	NP	QL (14 TABLETS per 25 DAYS)
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Periogard Mouth/Throat Solution 0.12 %)	PG	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	PG	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	PG	
ÓTICOS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS OÍDOS		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	PG	
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	PG	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	PG	
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution 0.3-0.025 %</i>	NP	

Nombre del medicamento con receta	Nivel	Requisitos y límites de cobertura
CORTISPORIN-TC OTIC SUSPENSION 3.3-3-10-0.5 MG/ML (<i>neomycin-colist-hc-thonzonium</i>)	NP	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	NP	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	PG	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	PG	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	PG	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	NP	

Índice

<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	27	ALFERON N	37	<i>apraclonidine hcl</i>	95
<i>abacavir sulfate</i>	24	<i>alfuzosin hcl er</i>	83	<i>aprepitant</i>	79
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	27	ALINIA.....	22	Apri	69
<i>abiraterone acetate</i>	34	<i>aliskiren fumarate</i>	44	APTIOM	47
<i>acamprosate calcium</i>	62	<i>allopurinol</i>	14	APTIVUS.....	24
<i>acarbose</i>	64	<i>almotriptan malate</i>	59	Aranella.....	69
ACCU-CHEK AVIVA PLUS	91	ALOCRIl	95	ARANESP (ALBUMIN FREE) .	86
ACCU-CHEK COMPACT		<i>alogliptin benzoate</i>	64	ARCALYST	90
PLUS.....	92	<i>alogliptin-metformin hcl</i>	65	<i>arformoterol tartrate</i>	101
ACCU-CHEK GUIDE.....	92	ALOMIDE	95	<i>aripiprazole</i>	54, 55
ACCU-CHEK MULTICLIX		<i>alosetron hcl</i>	81	<i>armodafinil</i>	61, 62
LANCETS.....	92	ALPHAGAN P	95	ARNUITY ELLIPTA.....	103
ACCU-CHEK SMARTVIEW	92	<i>alprazolam</i>	47	<i>asenapine maleate</i>	55
ACCU-CHEK SMARTVIEW		ALPRAZOLAM INTENSOL....	47	Ashlyna	69
CONTROL.....	92	Altavera.....	69	ASMANEX (30 METERED	
<i>acebutolol hcl</i>	42	ALVESCO	103	DOSES).....	103
<i>acetaminophen-codeine</i>	16	<i>alyacen 1/35</i>	69	ASMANEX (60 METERED	
<i>acetaminophen-codeine #2</i>	16	<i>alyacen 7/7/7</i>	69	DOSES).....	103
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	16	<i>amantadine hcl</i>	53, 54	ASMANEX (120 METERED	
<i>acetaminophen-codeine #4</i>	16	<i>ambrisentan</i>	46	DOSES).....	103
<i>acetazolamide</i>	44	<i>amcinonide</i>	108	ASMANEX HFA	103
<i>acetazolamide er</i>	44	AMELUZ.....	111	<i>aspirin adult low strength</i>	21
<i>acetic acid</i>	112	Amethia.....	69	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	87
<i>acetylcysteine</i>	102	Amethyst.....	69	<i>atazanavir sulfate</i>	24
<i>acitretin</i>	107	<i>amiloride hcl</i>	44	<i>atenolol</i>	42
ACTEMRA.....	87	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	45	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	42
ACTIMMUNE.....	90	<i>amiodarone hcl</i>	40	<i>atomoxetine hcl</i>	56
ACUVAIL	98	<i>amitriptyline hcl</i>	50, 51	<i>atorvastatin calcium</i>	41
<i>acyclovir</i>	28, 111	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	43	<i>atovaquone</i>	22
<i>adapalene</i>	104	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> ..	38	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	23
<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>	104	<i>amlodipine besylate</i>	43	<i>atropine sulfate</i>	98
<i>adefovir dipivoxil</i>	28	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	39	AUTOLET PLATFORMS	92
ADEMPAS.....	46	<i>amlodipine-olmesartan</i>	39	<i>autopen</i>	92
ADMELOG.....	65	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	39	Aviane	69
ADMELOG SOLOSTAR	65	<i>ammonium lactate</i>	111	<i>avidoxy</i>	32
ADVAIR HFA.....	104	<i>amoxapine</i>	51	Avita	104
AEROCHAMBER PLUS FLO-		<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	83	Azasan.....	90
VU.....	93	<i>amoxicillin</i>	31	AZASITE.....	97
AIMOVIG.....	58, 59	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	32	<i>azathioprine</i>	90
AKYNZEO	79	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	31	<i>azelaic acid</i>	111
<i>ala-cort</i>	108	<i>amphetamine-</i>		<i>azelastine-fluticasone</i>	100
<i>albendazole</i>	22	<i>dextroamphetamine</i>	56	<i>azelastine hcl</i>	95, 100
<i>albuterol sulfate</i>	100	<i>amphetamine-dextroamphet er</i> ...	56	<i>azithromycin</i>	30
<i>albuterol sulfate er</i>	100	<i>amphetamine er</i>	56	Azurette.....	69
<i>albuterol sulfate hfa</i>	100	<i>ampicillin</i>	32	<i>bacitracin</i>	97
<i>alclometasone dipropionate</i>	108	ANADROL-50.....	64	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	97
<i>alcohol prep</i>	92	<i>anagrelide hcl</i>	87	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i> .	96
ALDACTAZIDE.....	44	<i>anastrozole</i>	34	<i>baclofen</i>	61
ALECENSA.....	35	ANNOVERA	69	BALCOLTRA.....	69
<i>alendronate sodium</i>	68	ANORO ELLIPTA.....	99	<i>balsalazide disodium</i>	80
		APOKYN	54	BARACLUDE	28

BASAGLAR KWIKPEN.....	65	<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	16	CERDELGA	74
BAXDELA.....	30	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	14	<i>cevimeline hcl</i>	112
BD VEO INSULIN SYRINGE		<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	14	CHANTIX.....	62
U/F	92	<i>butorphanol tartrate</i>	16	CHANTIX CONTINUING	
BELSOMRA.....	58	BYSTOLIC	42	MONTH PAK	62
<i>benazepril hcl</i>	39	<i>cabergoline</i>	76	CHANTIX STARTING MONTH	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	38	CABOMETYX	35	PAK.....	62
<i>benznidazole</i>	22	<i>calcipotriene</i>	107	Chateal	69
<i>benzonatate</i>	101	<i>calcipotriene-betameth diprop</i> ..	108	CHEMET	68
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i> .	104	<i>calcitonin (salmon)</i>	76	CHEMSTRIP 9	92
<i>benztropine mesylate</i>	54	<i>calcitriol</i>	94, 107	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i> ...	62
<i>bepotastine besilate</i>	95	<i>calcium acetate</i>	77	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	47
BESIVANCE.....	97	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	77	<i>chlorhexidine gluconate</i>	112
<i>betamethasone dipropionate</i>	108	Camila	69	<i>chloroquine phosphate</i>	23
<i>betamethasone dipropionate</i>		<i>candesartan cilexetil</i>	40	<i>chlorpromazine hcl</i>	55
<i>aug</i>	108	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	39	<i>chlorthalidone</i>	45
<i>betamethasone valerate</i>	108	<i>capecitabine</i>	33	<i>chlorzoxazone</i>	61
BETASERON	60	CAPRELSA	35	<i>cholestyramine</i>	41
<i>betaxolol hcl</i>	42, 95	<i>captopril</i>	39	<i>cholestyramine light</i>	41
<i>bethanechol chloride</i>	82	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i> ...	38	<i>chorionic gonadotropin</i>	75
BETIMOL.....	95	CARBAGLU.....	74	<i>ciclopirox</i>	106
BETOPTIC-S	95	<i>carbamazepine</i>	48	<i>ciclopirox olamine</i>	106
BEVESPI AEROSPHERE.....	99	<i>carbamazepine er</i>	48	<i>cilostazol</i>	87
<i>bexarotene</i>	37	<i>carbidopa</i>	54	CIMDUO	27
<i>bicalutamide</i>	34	<i>carbidopa-levodopa</i>	54	<i>cimetidine</i>	80
BIKTARVY.....	27	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> 54		<i>cimetidine hcl</i>	80
<i>bio-statin</i>	22	<i>carbidopa-levodopa er</i>	54	<i>cinacalcet hcl</i>	68
<i>bisoprolol fumarate</i>	42	<i>carbinoxamine maleate</i>	100	CIPRO.....	30
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ... 42		CARDIZEM LA.....	43	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	112
BLEPHAMIDE.....	96	CARDURA XL	83	<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf</i>	112
BLEPHAMIDE S.O.P.....	96	CAREONE LANCET SUPER		<i>ciprofloxacin hcl</i>	30, 97, 112
<i>bosentan</i>	46	THIN 30G	92	<i>citalopram hydrobromide</i>	51
<i>bp wash</i>	104	<i>carisoprodol</i>	61	<i>clarithromycin</i>	30
BREO ELLIPTA	104	<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i>	61	<i>clarithromycin er</i>	30
BRILINTA	87	<i>carteolol hcl</i>	95	<i>clemastine fumarate</i>	100
<i>brimonidine tartrate</i>	95	Cartia Xt.....	43	CLENPIQ.....	81
<i>brinzolamide</i>	95	<i>carvedilol</i>	42	CLEOCIN	85
BRIVIACT.....	47	<i>carvedilol phosphate er</i>	42	CLEVER CHOICE HOLDING	
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i> ..	98	CAYA	91	CHAMBER.....	93
<i>bromocriptine mesylate</i>	54	CAYSTON	22	CLIMARA PRO.....	74
<i>budesonide</i>	80, 103	Caziant	69	<i>clindamycin hcl</i>	22
<i>budesonide-formoterol fumarate</i> 104		<i>cefaclor</i>	29	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	22
<i>bumetanide</i>	45	<i>cefadroxil</i>	29	<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i> 104	
<i>buprenorphine</i>	21	<i>cefdinir</i>	29	<i>clindamycin phosphate</i>	85, 105
<i>buprenorphine hcl</i>	21	<i>cefixime</i>	29	<i>clobazam</i>	48
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> .	15	<i>cefpodoxime proxetil</i>	29	<i>clobetasol prop emollient base</i> .	108
<i>bupropion hcl</i>	51	<i>cefprozil</i>	29	<i>clobetasol propionate</i>	108, 109
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i> ...	62	<i>cefuroxime axetil</i>	29	<i>clocortolone pivalate</i>	109
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	51	<i>celecoxib</i>	14	<i>clomipramine hcl</i>	51
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	51	CELONTIN.....	48	<i>clonazepam</i>	48
<i>buspiron hcl</i>	60	<i>cephalexin</i>	29, 30	<i>clonidine</i>	45

<i>clonidine hcl</i>	45	DALIRESP.....	102	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	56
<i>clopidogrel bisulfate</i>	87	<i>danazol</i>	74	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	56
<i>clorazepate dipotassium</i>	48	<i>dantrolene sodium</i>	61	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	56
<i>clotrimazole</i>	106, 112	<i>dapsone</i>	22	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	56
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	106	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	84	DIASTIX.....	93
<i>clozapine</i>	55	Dasetta 1/35	69	<i>diazepam</i>	48
COARTEM	23	Dasetta 7/7/7	69	Diazepam Intensol	48
<i>codeine sulfate</i>	16	DAYVIGO	58	<i>diclofenac-misoprostol</i>	15
<i>colchicine</i>	14	<i>deferiprone</i>	68	<i>diclofenac potassium</i>	14
<i>colchicine-probenecid</i>	14	Delya.....	70	<i>diclofenac sodium</i>	15, 98, 111
<i>colestipol hcl</i>	41	<i>demeclocycline hcl</i>	32	<i>diclofenac sodium er</i>	15
COMBIGAN.....	95	DENAVIR.....	104	<i>dicloxacillin sodium</i>	32
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	35	DEPO-ESTRADIOL.....	74	<i>dicyclomine hcl</i>	78
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	35	DEPO-SUBQ PROVERA 104....	70	<i>didanosine</i>	24
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	35	DESCOVY.....	27	DIFICID	30
Compro	79	<i>desipramine hcl</i>	51	<i>diflorasone diacetate</i>	109
CONDYLOX	111	<i>desloratadine</i>	100	<i>diflunisal</i>	21
CORLANOR.....	45	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	78	<i>difluprednate</i>	98
CORTISPORIN.....	105	<i>desmopressin acetate</i>	78	Digox.....	44
CORTISPORIN-TC	113	<i>desmopressin acetate spray</i>	78	<i>digoxin</i>	44
COSENTYX	107	<i>desonide</i>	109	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	59
COSENTYX (300 MG DOSE). 107		<i>desoximetasone</i>	109	DILANTIN	48
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	107	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	51	DILATRATE-SR.....	46
COSENTYX SENSOREADY PEN	107	<i>dexamethasone</i>	75	<i>diltiazem hcl</i>	43
CREON.....	82	DEXAMETHASONE INTENSOL	75	<i>diltiazem hcl er</i>	43
CRESEMBA	22	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	98	<i>diltiazem hcl er beads</i>	43
CRINONE.....	84	<i>dexchlorpheniramine maleate</i> ... 100		<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	43
CRIXIVAN	24	DEXCOM G4 PLATINUM RCV/ SHARE	92	<i>dilt-xr</i>	43
<i>cromolyn sodium</i>	82, 95, 102	DEXCOM G4 PLATINUM RECEIVER.....	92	<i>dimethyl fumarate</i>	60, 61
CROTAN	112	DEXCOM G4 PLATINUM TRANSMITTER.....	92	<i>dimethyl fumarate starter pack</i> ...	61
Cryselle-28.....	69	DEXCOM G4 PLAT PED RCV/ SHARE	92	DIPENTUM.....	80
CUVPOSA.....	78	DEXCOM G4 PLAT PED RECEIVER.....	92	<i>diphenhydramine hcl</i>	100
<i>cyanocobalamin</i>	94	DEXCOM G4 SENSOR.....	92	<i>diphenoxylate-atropine</i>	82
Cyclafem 1/35.....	69	DEXCOM G5 MOB/G4 PLAT SENSOR	92	<i>dipyridamole</i>	87
Cyclafem 7/7/7.....	69	DEXCOM G5 MOBILE RECEIVER.....	92	<i>disopyramide phosphate</i>	40
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	61	DEXCOM G5 MOBILE TRANSMITTER.....	92	<i>disulfiram</i>	62
<i>cyclophosphamide</i>	32	DEXCOM G5 RECEIVER KIT . 92		DIURIL	45
<i>cycloserine</i>	28	DEXCOM G6 RECEIVER.....	92	<i>divalproex sodium</i>	48
CYCLOSET.....	65	DEXCOM G6 SENSOR.....	92	<i>divalproex sodium er</i>	48
<i>cyclosporine</i>	90	DEXCOM G6 TRANSMITTER 92		DIVIGEL	74
<i>cyclosporine modified</i>	90	DEXILANT	83	<i>dofetilide</i>	40
<i>cyproheptadine hcl</i>	100			<i>donepezil hcl</i>	50
CYSTADANE.....	74			<i>dorzolamide hcl</i>	95
CYSTAGON	77			<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	96
CYSTARAN	98			DOVATO.....	27
<i>dalfampridine er</i>	60			<i>doxazosin mesylate</i>	39

<i>drospiren-eth estrad-levomefol ...</i>	70	Epitol.....	48	FEMCAP.....	91
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	70	EPIVIR HBV	28	<i>fenofibrate</i>	41
DROXIA	37	<i>eplerenone</i>	39	<i>fenofibrate micronized</i>	41
DUAVEE.....	75	<i>ergoloid mesylates</i>	50	<i>fenofibric acid</i>	41
<i>duloxetine hcl</i>	52	<i>ergotamine-caffeine</i>	59	<i>fenopropfen calcium</i>	15
DUREZOL.....	98	ERIVEDGE.....	33	<i>fentanyl</i>	16
<i>dutasteride</i>	84	<i>erlotinib hcl</i>	35	<i>fentanyl citrate</i>	16
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	84	Errin	70	FERRIPROX.....	68
<i>econazole nitrate</i>	106	ERTACZO.....	106	FERRIPROX TWICE-A-DAY ...	69
EDURANT	24	<i>ery</i>	105	FETZIMA	52
<i>efavirenz</i>	24	Ery-Tab	30	FETZIMA TITRATION.....	52
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i>	27	ERYTHROCIN STEARATE	30	FIASP.....	66
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir ...</i>	27	<i>erythromycin</i>	97, 105	FIASP FLEXTOUCH.....	65
Effer-K	93	<i>erythromycin base</i>	30	FIASP PENFILL.....	65
ELESTRIN.....	75	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	30	FINACEA	111
<i>eletriptan hydrobromide</i>	59	ESBRIET	103	<i>finasteride</i>	84
ELIGARD	34	<i>escitalopram oxalate</i>	52	<i>flavoxate hcl</i>	85
Elinest	70	<i>esomeprazole magnesium</i>	83	<i>flecainide acetate</i>	40
ELIQUIS	85	<i>estazolam</i>	58	FLEXICHAMBER CHILD	
ELIQUIS DVT/PE STARTER		<i>estradiol</i>	75	MASK/SMALL	93
PACK	85	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	75	<i>fluconazole</i>	22
ELITE-OB.....	94	<i>estradiol valerate</i>	75	<i>fludrocortisone acetate</i>	76
ELIXOPHYLLIN	104	ESTROGEL	75	<i>flunisolide</i>	102
ELLA.....	70	<i>eszopiclone</i>	58	<i>fluocinolone acetonide</i>	109, 113
ELMIRON	84	<i>ethacrynic acid</i>	45	<i>fluocinolone acetonide body</i>	109
EMCYT.....	32	<i>ethambutol hcl</i>	28	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	109
EMFLAZA.....	76	<i>ethosuximide</i>	48	<i>fluocinonide</i>	109, 110
Emoquette	70	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	70	<i>fluoritab</i>	94
<i>emtricitabine</i>	24	<i>etodolac</i>	15	<i>fluorouracil</i>	105
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	27	<i>etodolac er</i>	15	<i>fluoxetine hcl</i>	52
EMTRIVA.....	24	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	70	<i>fluphenazine hcl</i>	55
EMVERM.....	22	<i>etoposide</i>	38	<i>flurbiprofen</i>	15
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	38	<i>etravirine</i>	24	<i>flurbiprofen sodium</i>	98
<i>enalapril maleate</i>	39	EUCRISA.....	111	<i>flutamide</i>	34
ENBREL	88	EVAMIST	75	<i>fluticasone propionate</i>	102, 110
ENBREL MINI.....	88	<i>everolimus</i>	35, 90	<i>fluticasone-salmeterol</i>	104
ENBREL SURECLICK.....	88	EVOTAZ.....	27	<i>fluvastatin sodium</i>	41
ENCARE.....	84	EVRYSDI	60	<i>fluvastatin sodium er</i>	41
Endocet	16	<i>exemestane</i>	34	<i>fluvoxamine maleate</i>	52
<i>enoxaparin sodium</i>	85, 86	<i>ezetimibe</i>	41	<i>fluvoxamine maleate er</i>	52
Enpresse-28.....	70	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	42	FML	98
Enskyce	70	Falmina	70	FML FORTE.....	98
<i>entacapone</i>	54	<i>famciclovir</i>	28	<i>folic acid</i>	94
<i>entecavir</i>	28	<i>famotidine</i>	80	<i>fondaparinux sodium</i>	86
ENTRESTO	45	FARXIGA	68	<i>formoterol fumarate</i>	101
<i>enulose</i>	81	FARYDAK.....	33	FOSAMAX PLUS D	68
EPCLUSA.....	31	Fayosim.....	70	<i>fosamprenavir calcium</i>	24
EPIDIOLEX.....	48	FC2 FEMALE CONDOM.....	91	<i>fosfomycin tromethamine</i>	21
EPIDUO FORTE	105	<i>febuxostat</i>	14	<i>fosinopril sodium</i>	39
<i>epinastine hcl</i>	95	<i>felbamate</i>	48	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	38
<i>epinephrine</i>	99	<i>felodipine er</i>	44	FOSRENOL.....	77

FRAGMIN	86	HUMATROPEN FOR 6MG	93	<i>imipramine pamoate</i>	52
<i>frovatriptan succinate</i>	59	HUMATROPEN FOR 12MG	93	<i>imiquimod</i>	105
<i>furosemide</i>	45	HUMATROPEN FOR 24MG	93	<i>indapamide</i>	45
FUZEON	24	HUMIRA	88	INLYTA	36
FYCOMPA	48	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		INTELENCE	24
<i>gabapentin</i>	48, 49	START	88	INTRAROSA	64
<i>galantamine hydrobromide</i>	50	HUMIRA PEN	88	INTRON A	90
<i>galantamine hydrobromide er</i>	50	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		Introvale	70
<i>gatifloxacin</i>	97	STARTER	88	INVIRASE	25
GAVILYTE-C	81	HUMIRA PEN-PSOR/UEIT		IOPIDINE	96
Gavilyte-G	81	STARTER	88	<i>ipratropium-albuterol</i>	99
Gavilyte-N With Flavor Pack	81	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL		<i>ipratropium bromide</i>	99
<i>gemfibrozil</i>	41	HS START	88	<i>irbesartan</i>	40
Gemmily	70	HUMULIN 70/30	66	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	40
<i>generlac</i>	81	HUMULIN 70/30 KWIKPEN ...	66	ISENTRESS	25
Gengraf	90	HUMULIN N	66	ISENTRESS HD	25
GENTAK	97	HUMULIN N KWIKPEN	66	<i>isoniazid</i>	28
<i>gentamicin sulfate</i>	97, 105	HUMULIN R	66	<i>isosorbide dinitrate</i>	46
GENVOYA	27	HUMULIN R U-500		<i>isosorbide mononitrate</i>	46
GILENYA	61	(CONCENTRATED)	66	<i>isosorbide mononitrate er</i>	46
<i>glatiramer acetate</i>	61	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	66	<i>isotretinoin</i>	105
Glatopa	61	<i>hydralazine hcl</i>	45	<i>isradipine</i>	44
GLEOSTINE	32	<i>hydrochlorothiazide</i>	45	<i>itraconazole</i>	22
<i>glimepiride</i>	68	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	17	<i>ivermectin</i>	23, 112
<i>glipizide</i>	68	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	16, 17	JAKAFI	36
<i>glipizide er</i>	68	<i>hydrocodone-homatropine</i>	101	Jantoven	86
<i>glipizide-metformin hcl</i>	64	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	17	JANUMET	65
GLUCAGEN HYPOKIT	76	<i>hydrocod polst-cpm polst er</i>	101	JANUMET XR	65
<i>glucagon emergency</i>	76	<i>hydrocortisone</i>	76, 80, 110	JANUVIA	64
<i>glycopyrrolate</i>	78	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	113	JARDIANCE	68
GLYXAMBI	67	<i>hydrocortisone butyrate</i>	110	JENTADUETO XR	65
<i>goodsense aspirin</i>	21	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	83	Jinteli	75
<i>goodsense nicotine</i>	62	<i>hydrocortisone valerate</i>	110	Jolessa	70
<i>granisetron hcl</i>	79	<i>hydromet</i>	101	JUBLIA	106
<i>griseofulvin microsize</i>	22	<i>hydromorphone hcl</i>	17	Junel 1.5/30	70
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	22	<i>hydromorphone hcl er</i>	17	Junel 1/20	70
<i>guaifenesin ac</i>	101	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	89	Junel Fe 1.5/30	70
<i>guanfacine hcl</i>	45	<i>hydroxyurea</i>	37	Junel Fe 1/20	70
<i>guanfacine hcl er</i>	57	<i>hydroxyzine hcl</i>	100	Junel Fe 24	71
<i>guanidine hcl</i>	60	<i>hydroxyzine pamoate</i>	100	Kariva	71
GYNAZOLE-1	85	HYQVIA	90	Kelnor 1/35	71
HAEGARDA	87	<i>ibandronate sodium</i>	68	<i>ketoconazole</i>	106, 107
<i>halobetasol propionate</i>	110	IBRANCE	33	<i>ketoprofen</i>	15
<i>haloperidol</i>	55	<i>ibuprofen</i>	15	<i>ketorolac tromethamine</i>	15, 98
<i>haloperidol lactate</i>	55	<i>icatibant acetate</i>	87	KETOSTIX	93
HARVONI	31	ICLUSIG	35	KISQALI FEMARA(200 MG	
Heather	70	IDHIFA	35	DOSE)	33
<i>heparin sodium (porcine)</i>	86	ILEVRO	98	KISQALI FEMARA (400 MG	
<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	86	<i>imatinib mesylate</i>	35	DOSE)	33
HETLIOZ	58	IMBRUVICA	35, 36	KISQALI FEMARA (600 MG	
HUMATROPE	76	<i>imipramine hcl</i>	52	DOSE)	33

Klor-Con	94	levetiracetam.....	49	malathion	112
Klor-Con 10	93	levetiracetam er	49	maprotiline hcl	52
Klor-Con M15.....	93	levobunolol hcl.....	96	marlissa.....	71
Klor-Con M20.....	93	levocetirizine dihydrochloride ..	100	MARPLAN.....	52
Kurvelo	71	levofloxacin	30, 97	MATULANE.....	38
KYLEENA.....	71	Levonest.....	71	Matzim La.....	44
labetalol hcl	42	levonorgest-eth estrad 91-day.....	71	MAVYRET	31
LACRISERT	98	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	71	MAXIDEX.....	98
lactulose	81	Levora 0.15/30 (28)	71	meclizine hcl.....	79
lamivudine.....	25, 28	levorphanol tartrate	17	meclofenamate sodium.....	15
lamivudine-zidovudine	27	levothyroxine sodium	78	MEDROL.....	76
lamotrigine.....	49	Levoxyl	78	medroxyprogesterone acetate 71, 78	
lamotrigine er.....	49	LEXIVA	25	mefenamic acid	15
lamotrigine starter kit-blue	49	lice treatment.....	112	mefloquine hcl.....	23
lamotrigine starter kit-green	49	lidocaine.....	111	megestrol acetate	34
lamotrigine starter kit-orange.....	49	lidocaine hcl.....	111, 112	MEKINIST	36
lancing device	93	lidocaine hcl urethral/mucosal ..	111	meloxicam	15
LANOXIN	44	lidocaine-prilocaine	111	melphalan.....	33
lansoprazole.....	83	lidocaine viscous hcl.....	112	memantine hcl	50
lapatinib ditosylate.....	36	LILETTA (52 MG).....	71	memantine hcl er.....	50
Larin 1.5/30.....	71	lindane.....	112	MENEST.....	75
LASTACAPT.....	95	linezolid.....	23	MENTAX.....	106
latanoprost	96	liothyronine sodium.....	78	meprobamate.....	47
LATUDA.....	55	lisinopril.....	39	mercaptopurine	33
Leena.....	71	lisinopril-hydrochlorothiazide ...	38	mesalamine	80
leflunomide.....	89	lithium	60	mesalamine-cleanser.....	80
LENVIMA (4 MG DAILY		lithium carbonate	60	mesalamine er	80
DOSE).....	36	lithium carbonate er.....	60	MESNEX	38
LENVIMA (8 MG DAILY		LO LOESTRIN FE	71	metaxalone	61
DOSE).....	36	loperamide hcl	82	metformin hcl	64
LENVIMA (10 MG DAILY		lopinavir-ritonavir	27	metformin hcl er	64
DOSE).....	36	lorazepam.....	47	methadone hcl.....	17, 18
LENVIMA (12 MG DAILY		LORBRENA	36	Methadone Hcl Intensol.....	17
DOSE).....	36	Loryna.....	71	Methadose.....	18
LENVIMA (14 MG DAILY		losartan potassium	40	methamphetamine hcl	57
DOSE).....	36	losartan potassium-hctz	40	methazolamide	45
LENVIMA (18 MG DAILY		loteprednol etabonate	98	methenamine hippurate.....	23
DOSE).....	36	lovastatin.....	41	methimazole	78
LENVIMA (20 MG DAILY		Low-Ogestrel	71	methocarbamol	61
DOSE).....	36	loxapine succinate.....	55	methotrexate.....	33
LENVIMA (24 MG DAILY		lubiprostone	80	methotrexate sodium	33
DOSE).....	36	luliconazole	106	methoxsalen rapid.....	107
Lessina	71	LUMIGAN.....	96	methscopolamine bromide	79
letrozole.....	34	LUPANETA PACK	78	methylropa.....	45
leucovorin calcium.....	38	LUPRON DEPOT-PED		methylphenidate hcl	57
LEUKERAN	33	(1-MONTH).....	37	methylphenidate hcl er	57
leuprolide acetate.....	34	LUPRON DEPOT-PED		methylphenidate hcl er (cd)	57
levalbuterol hcl	101	(3-MONTH).....	38	methylphenidate hcl er (la)	57
levalbuterol tartrate	101	Lutera	71	methylprednisolone	76
LEVEMIR.....	66	LYNPARZA.....	33	methyltestosterone.....	64
LEVEMIR FLEXTOUCH.....	66	LYSODREN.....	34	metoclopramide hcl.....	79

<i>metolazone</i>	45	NARCAN.....	63	NORPACE CR.....	40
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	42	NATACYN.....	97	Nortrel 0.5/35 (28)	72
<i>metoprolol succinate er</i>	43	NATAZIA.....	72	Nortrel 1/35 (21)	72
<i>metoprolol tartrate</i>	43	<i>nateglinide</i>	67	Nortrel 7/7/7.....	72
<i>metronidazole</i>	23, 85, 111	NAYZILAM.....	49	<i>nortriptyline hcl</i>	52, 53
<i>mexiletine hcl</i>	40	<i>nebivolol hcl</i>	43	NORVIR.....	25
Mibelas 24 Fe.....	72	Necon 0.5/35 (28)	72	NOVOFINE	93
<i>miconazole 3</i>	85	<i>nefazodone hcl</i>	52	NOVOFINE PEN NEEDLE	93
Microgestin 1.5/30	72	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	97	NOVOLIN 70/30	66
<i>midodrine hcl</i>	45	<i>neomycin-polymyxin-dexameth...</i>	96	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	66
<i>miglitol</i>	64	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin.</i>	97	NOVOLIN N	66
Mimvey	75	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	96, 113	NOVOLIN N FLEXPEN	66
Minitran.....	46	<i>neomycin sulfate</i>	21	NOVOLIN R.....	66
<i>minocycline hcl</i>	32	NEUPRO.....	54	NOVOLIN R FLEXPEN	66
<i>minoxidil</i>	45	NEVANAC	98	NOVOLOG.....	67
MIRCERA.....	86	<i>nevirapine</i>	25	NOVOLOG FLEXPEN	66
MIRENA (52 MG).....	72	<i>nevirapine er</i>	25	NOVOLOG MIX 70/30.....	67
<i>mirtazapine</i>	52	NEXIUM.....	83	NOVOLOG MIX 70/30	
MIRVASO	112	NEXPLANON	72	FLEXPEN.....	66
<i>misoprostol</i>	82	NEXTSTELLIS	72	NOVOLOG PENFILL.....	67
<i>modafinil</i>	62	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> ...	42	NOXAFIL	22
<i>moexipril hcl</i>	39	<i>nicardipine hcl</i>	44	NUBEQA.....	34
<i>mometasone furoate</i>	102, 110	<i>nicotine</i>	63	NUCALA.....	101
Mono-Linyah	72	<i>nicotine polacrilex</i>	63	NUCYNTA.....	19
<i>montelukast sodium</i>	102	<i>nicotine step 3</i>	63	NUCYNTA ER	19
Morgidox.....	32	NICOTROL	63	NUEDEXTA	60
<i>morphine sulfate</i>	18, 19	NICOTROL NS	63	Nyamyc.....	106
<i>morphine sulfate (concentrate)</i> ...	18	<i>nifedipine er</i>	44	<i>nystatin</i>	22, 106, 112
<i>morphine sulfate er</i>	18	<i>nifedipine er osmotic release</i>	44	<i>nystatin-triamcinolone</i>	106, 107
<i>morphine sulfate er beads</i>	18	Nikki	72	Nystop.....	107
MOTOFEN	82	<i>nimodipine</i>	44	Ocella	72
MOVANTIK	82	<i>nisoldipine er</i>	44	<i>octreotide acetate</i>	77
<i>moxifloxacin hcl</i>	31, 97	<i>nitazoxanide</i>	23	ODEFSEY.....	28
<i>moxifloxacin hcl (2x day)</i>	97	<i>nitisinone</i>	74	ODOMZO	38
MULTAQ	40	NITRO-BID	46	OFEV	103
<i>mupirocin</i>	105	NITRO-DUR.....	46	<i>ofloxacin</i>	31, 97, 113
MYALEPT	74	<i>nitrofurantoin</i>	23	<i>olanzapine</i>	55
<i>mycophenolate mofetil</i>	90	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	23	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	40
<i>mycophenolate sodium</i>	91	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> ...	23	<i>olmesartan medoxomil</i>	40
MYRBETRIQ	85	<i>nitroglycerin</i>	46	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	40
<i>nabumetone</i>	15	NIVESTYM.....	86	<i>olopatadine hcl</i>	95, 100
<i>nadolol</i>	43	<i>nizatidine</i>	80	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	42
Nafrinse.....	94	Nora-Be.....	72	<i>omeprazole</i>	83
Nafrinse Drops	94	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	72	<i>omeprazole-sodium bicarbonate.</i>	83
<i>naftifine hcl</i>	106	<i>norethindrone</i>	72	OMNARIS	103
<i>naloxone hcl</i>	62	<i>norethindrone acetate</i>	78	OMNIFLEX DIAPHRAGM.....	91
<i>naltrexone hcl</i>	62	<i>norethindrone acet-ethinyl est.</i>	72	OMNIPOD 5 PACK.....	93
NAMENDA XR TITRATION		<i>norethindrone-eth estradiol</i>	75	OMNIPOD DASH 5 PACK	
PACK	50	<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	72	PODS	93
<i>naproxen</i>	15	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	72	OMNIPOD STARTER.....	93
<i>naratriptan hcl</i>	59	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	72	<i>ondansetron</i>	79

<i>ondansetron hcl</i>	79	<i>permethrin</i>	112	PREDNISONE INTENSOL	76
OPSUMIT	46	<i>perphenazine</i>	55	<i>pregabalin</i>	49
OPTIONS GYNOL II		<i>perphenazine-amitriptyline</i>	63	PREMARIN	75
CONTRACEPTIVE.....	84	<i>phenelzine sulfate</i>	53	PRENATABS RX	94
Oralone.....	112	<i>phenobarbital</i>	49	Prevalite	41
ORAVIG	112	<i>phenoxybenzamine hcl</i>	45	Previfem.....	73
ORENITRAM.....	46	<i>phenylephrine hcl</i>	98	PREZCOBIX	28
ORFADIN	74	<i>phenytoin</i>	49	PREZISTA	25
ORILISSA.....	74	<i>phenytoin sodium extended</i>	49	PRIFTIN	28
<i>orphenadrine citrate er</i>	61	PHOSLYRA.....	77	<i>primaquine phosphate</i>	23
Orsythia.....	72	PHOSPHOLINE IODIDE	96	<i>primidone</i>	49
<i>oseltamivir phosphate</i>	29	Physiolyte.....	99	PRIMSOL	23
OSMOPREP.....	81	Physiosol Irrigation.....	99	<i>probenecid</i>	14
OSPHENA	77	PICATO.....	105	<i>prochlorperazine</i>	79
OTEZLA	89	<i>pilocarpine hcl</i>	96, 112	<i>prochlorperazine maleate</i>	79
<i>oxandrolone</i>	64	<i>pimozide</i>	60	Procto-Pak.....	83
<i>oxaprozin</i>	15	<i>pindolol</i>	43	Proctozone-Hc.....	83
<i>oxazepam</i>	47	<i>pioglitazone hcl</i>	67	<i>progesterone</i>	78
<i>oxcarbazepine</i>	49	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	67	PROMACTA.....	87
<i>oxiconazole nitrate</i>	107	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> ..	67	<i>promethazine-codeine</i>	101
<i>oxybutynin chloride</i>	85	Pirmella 1/35.....	73	<i>promethazine-dm</i>	102
<i>oxybutynin chloride er</i>	85	Pirmella 7/7/7.....	73	<i>promethazine hcl</i>	79
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	20	<i>piroxicam</i>	15	<i>promethazine-phenyleph-</i>	
<i>oxycodone-aspirin</i>	20	PLENVU	81	<i>codeine</i>	102
<i>oxycodone hcl</i>	19, 20	<i>podofilox</i>	111	<i>promethazine-phenylephrine</i>	102
<i>oxycodone hcl er</i>	19	Polycin	97	Promethegan	79
<i>oxymorphone hcl</i>	20	<i>polyethylene glycol 3350</i>	81	PROMETHEGAN	80
<i>oxymorphone hcl er</i>	20	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	97	<i>propafenone hcl</i>	40
Pacerone.....	40	POMALYST	90	<i>propafenone hcl er</i>	40
<i>paliperidone er</i>	55	Portia-28.....	73	<i>proparacaine hcl</i>	98
<i>pantoprazole sodium</i>	83	<i>posaconazole</i>	22	<i>propranolol hcl</i>	43
PARAGARD INTRAUTERINE		<i>potassium chloride</i>	94	<i>propranolol hcl er</i>	43
COPPER	73	<i>potassium chloride crys er</i>	94	<i>propranolol-hctz</i>	42
<i>paricalcitol</i>	94	<i>potassium chloride er</i>	94	<i>propylthiouracil</i>	78
<i>paromomycin sulfate</i>	21	<i>potassium citrate er</i>	84	<i>protriptyline hcl</i>	53
<i>paroxetine hcl</i>	53	PRADAXA	86	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	102
<i>paroxetine hcl er</i>	53	PRALUENT.....	42	PTS PANELS KETONE TEST...	93
PASER	28	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	54	<i>pyrazinamide</i>	28
PEDIATRIC PANDA MASK	93	<i>pramipexole dihydrochloride er</i> ..	54	<i>pyridostigmine bromide</i>	60
<i>peg-3350/electrolytes</i>	81	<i>prasugrel hcl</i>	87	<i>pyridostigmine bromide er</i>	60
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	81	<i>pravastatin sodium</i>	41	<i>pyridoxine hcl</i>	94
PEGASYS.....	31	<i>praziquantel</i>	23	<i>pyrimethamine</i>	23
PEGINTRON.....	31	<i>prazosin hcl</i>	39	<i>quetiapine fumarate</i>	55
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>	81	PRED-G	96	<i>quetiapine fumarate er</i>	55
PEG-PREP	81	PRED MILD	98	<i>quinapril hcl</i>	39
<i>penicillamine</i>	68	<i>prednicarbate</i>	110	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	39
<i>penicillin v potassium</i>	32	<i>prednisolone</i>	76	<i>quinidine sulfate</i>	41
<i>pentamidine isethionate</i>	23	<i>prednisolone acetate</i>	98	<i>quinine sulfate</i>	23
<i>pentoxifylline er</i>	87	<i>prednisolone sodium</i>		QVAR REDIHALER.....	104
<i>perindopril erbumine</i>	39	<i>phosphate</i>	76, 98	<i>rabeprazole sodium</i>	83
Periogard.....	112	<i>prednisone</i>	76	<i>raloxifene hcl</i>	77

<i>ramelteon</i>	58	<i>sevelamer carbonate</i>	77	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	105
<i>ramipril</i>	39	SHUR-SEAL		<i>sulfadiazine</i>	21
<i>ranolazine er</i>	46	CONTRACEPTIVE	84	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> ..	23
<i>rasagiline mesylate</i>	54	SIGNIFOR	77	SULFAMILYLON	105
REBIF	61	<i>sildenafil citrate</i>	46	<i>sulfasalazine</i>	80
REBIF REBIDOSE.....	61	<i>silodosin</i>	84	<i>sulindac</i>	15
REBIF REBIDOSE TITRATION		<i>silver sulfadiazine</i>	105	<i>sumatriptan</i>	59
PACK	61	SIMBRINZA.....	96	<i>sumatriptan-naproxen sodium</i>	59
REBIF TITRATION PACK	61	SIMPONI	88, 89	<i>sumatriptan succinate</i>	59
Reclipsen.....	73	<i>simvastatin</i>	41	<i>sumatriptan succinate refill</i>	59
RECTIV	83	<i>sirolimus</i>	91	<i>sunitinib malate</i>	37
REGRANEX.....	112	SIRTURO.....	28	SUNOSI	62
RELENZA DISKHALER.....	29	SKYLA	73	SUPRAX.....	30
RELISTOR	82	SKYRIZI.....	89	SUPREP BOWEL PREP KIT	81
REMODULIN.....	46	SKYRIZI (150 MG DOSE)	89	SUTAB.....	82
<i>repaglinide</i>	67	SKYRIZI PEN	89	SUTENT	37
RESTASIS	99	<i>sleep-aid</i>	58	Syeda.....	73
RESTASIS MULTIDOSE.....	98	SLYND.....	73	SYMLINPEN 60.....	64
RETACRIT	87	<i>sm nicotine</i>	63	SYMLINPEN 120.....	64
REVLIMID	90	<i>sodium chloride</i>	84, 102	SYNAREL	77
REXULTI.....	55	<i>sodium fluoride</i>	94, 95	SYNERA.....	111
REYATAZ	26	<i>sodium phenylbutyrate</i>	74	SYNJARDY.....	67
<i>ribavirin</i>	29, 31	<i>solifenacin succinate</i>	85	SYNJARDY XR	67
<i>rifabutin</i>	28	SOLQUA	65	SYNTHROID	78
<i>rifampin</i>	28	SOMATULINE DEPOT	77	TABLOID	33
<i>riluzole</i>	60	SOMAVERT	77	<i>tacrolimus</i>	91, 111
<i>rimantadine hcl</i>	29	Sorine	43	<i>tadalafil</i>	84
RINVOQ.....	88	<i>sotalol hcl</i>	43	<i>tadalafil (pah)</i>	46
<i>risedronate sodium</i>	68	<i>sotalol hcl (af)</i>	43	TAFINLAR	37
<i>risperidone</i>	55	SOVALDI	31	TAGRISSO	37
<i>ritonavir</i>	26	<i>spinosad</i>	112	TAKE ACTION	73
<i>rivastigmine</i>	50	SPIRIVA HANDIHALER	99	<i>tamoxifen citrate</i>	34
<i>rivastigmine tartrate</i>	50	SPIRIVA RESPIMAT	100	<i>tamsulosin hcl</i>	84
Rivelsa.....	73	<i>spironolactone</i>	45	TARGETIN	111
<i>rizatriptan benzoate</i>	59	<i>spironolactone-hctz</i>	45	<i>tazarotene</i>	107
<i>ropinirole hcl</i>	54	Sprintec 28	73	TAZORAC	107
Rosadan.....	112	SPRYCEL	36, 37	Taztia Xt.....	44
<i>rosuvastatin calcium</i>	41	SPS.....	68	<i>telmisartan</i>	40
<i>rufinamide</i>	49	Sronyx	73	<i>telmisartan-amlodipine</i>	40
RYDAPT.....	33	Ssd.....	105	<i>telmisartan-hctz</i>	40
SANCUSO.....	80	<i>stavudine</i>	26	<i>temazepam</i>	58
SANDIMMUNE	91	STELARA.....	89	TEMIXYS.....	28
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	74	STIOLTO RESPIMAT	99	<i>temozolomide</i>	33
SAVELLA	60	STIVARGA.....	37	TENCON	14
SAVELLA TITRATION PACK..	60	STRIVERDI RESPIMAT	101	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	26
<i>scopolamine</i>	80	SUBLOCADE.....	21	<i>terazosin hcl</i>	39
<i>selegiline hcl</i>	54	SUCRAID	82	<i>terbinafine hcl</i>	22
<i>selenium sulfide</i>	107	<i>sucalfate</i>	82	<i>terbutaline sulfate</i>	101
SELZENTRY	26	<i>sulconazole nitrate</i>	107	<i>terconazole</i>	85
SEREVENT DISKUS.....	101	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	96	<i>testosterone</i>	64
<i>sertraline hcl</i>	53	<i>sulfacetamide sodium</i>	97	<i>testosterone cypionate</i>	64

<i>testosterone enanthate</i>	64	<i>triazolam</i>	58	<i>verapamil hcl</i>	44
<i>tetrabenazine</i>	60	Triderm.....	111	<i>verapamil hcl er</i>	44
<i>tetracycline hcl</i>	32	<i>trifluoperazine hcl</i>	55	V-GO 20.....	93
THALOMID	90	<i>trifluridine</i>	97	V-GO 30.....	93
<i>theophylline</i>	104	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	54	V-GO 40.....	93
<i>theophylline er</i>	104	TRIKAFTA	102	VIBRAMYCIN.....	32
<i>thioridazine hcl</i>	55	Tri-Linyah	73	VICTOZA	65
<i>thiothixene</i>	55	<i>trimethobenzamide hcl</i>	80	<i>vigabatrin</i>	50
<i>tiagabine hcl</i>	49	<i>trimethoprim</i>	23	VIIBRYD	53
Tilia Fe	73	<i>trimipramine maleate</i>	53	VIIBRYD STARTER PACK.....	53
<i>timolol maleate</i>	43, 96	TRINTELLIX	53	VIMPAT	50
<i>tinidazole</i>	21	Tri-Sprintec	73	VIOKACE.....	82
Tis-U-Sol.....	99	TRIUMEQ	28	<i>violele</i>	74
TIVICAY.....	26	Trivora (28).....	73	VIRACEPT	26
TIVICAY PD	26	<i>tropicamide</i>	99	VIREAD	26
<i>tizanidine hcl</i>	61	<i>trospium chloride</i>	85	VISTOGARD	38
TOBRADEX.....	96	<i>trospium chloride er</i>	85	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	95
TOBRADEX ST	96	TRULICITY.....	65	VITRAKVI	37
<i>tobramycin</i>	21, 22, 97	TUKYSA.....	37	VIVITROL.....	64
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	96	TUZISTRA XR.....	102	VOLTAREN.....	111
TODAY SPONGE.....	84	TWIRLA	73	<i>voriconazole</i>	22
<i>tolcapone</i>	54	TYBLUME	73	VOSEVI.....	31
<i>tolmetin sodium</i>	15	TYBOST	26	VOTRIENT.....	37
<i>tolterodine tartrate</i>	85	TYMLOS	77	Vyfemla.....	74
<i>tolterodine tartrate er</i>	85	TYVASO STARTER.....	47	VYVANSE	57
<i>tolvaptan</i>	77	Unithroid.....	78	<i>warfarin sodium</i>	86
<i>topiramate</i>	49	UPTRAVI.....	47	Wera	74
<i>toremifene citrate</i>	34	<i>urinary pain relief</i>	84	<i>westab max</i>	95
<i>torsemide</i>	45	<i>ursodiol</i>	82	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60. 91	
TOVIAZ.....	85	UTIBRON NEOHALER	99	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65. 91	
TRACLEER.....	47	<i>valacyclovir hcl</i>	29	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70. 91	
<i>tramadol-acetaminophen</i>	21	<i>valganciclovir hcl</i>	29	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75. 91	
<i>tramadol hcl</i>	21	<i>valproic acid</i>	50	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80. 91	
<i>tramadol hcl er</i>	20, 21	<i>valsartan</i>	40	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85. 91	
<i>trandolapril</i>	39	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	40	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90. 91	
<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	39	<i>vancomycin hcl</i>	23	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95. 91	
<i>tranexamic acid</i>	87	Vandazole.....	85	XARELTO	86
<i>tranylcypromine sulfate</i>	53	<i>varenicline tartrate</i>	63	XARELTO STARTER PACK.....	86
<i>travoprost (bak free)</i>	96	VARUBI (180 MG DOSE)	80	XELJANZ.....	89
<i>trazodone hcl</i>	53	VASCEPA	42	XELJANZ XR	89
TRECTOR.....	28	VCF VAGINAL		XIFAXAN.....	23
TRELEGY ELLIPTA.....	99	CONTRACEPTIVE.....	84	XIGDUO XR	67
TRESIBA.....	67	Velivet	73	XOLAIR	101
TRESIBA FLEXTOUCH	67	VELPHORO	77	XTANDI.....	34
<i>tretinoin</i>	38, 105	VEMLIDY	29	Xulane.....	74
<i>tretinoin microsphere</i>	105	VENCLEXTA.....	38	XULTOPHY.....	65
<i>tretinoin microsphere pump</i>	105	VENCLEXTA STARTING		YOSPRALA.....	87
<i>triamcinolone</i>		PACK	38	Yuvaferm	75
<i>acetonide</i>	103, 110, 111, 112	<i>venlafaxine hcl</i>	53	<i>zafirlukast</i>	102
<i>triamterene</i>	45	<i>venlafaxine hcl er</i>	53	<i>zaleplon</i>	58
<i>triamterene-hctz</i>	45	VENTAVIS	47	Zarah	74

ZEJULA	33
ZELBORAF	37
ZELNORM	81
ZENPEP	82
Zenzedi	57, 58
ZENZEDI	58
ZEPATIER	31
<i>zidovudine</i>	26
ZIEXTENZO	87
<i>zileuton er</i>	102
ZIOPTAN	96
<i>ziprasidone hcl</i>	56
ZIRGAN	97
ZOLINZA	34
<i>zolmitriptan</i>	59, 60
<i>zolpidem tartrate</i>	58
<i>zolpidem tartrate er</i>	58
<i>zonisamide</i>	50
ZONTIVITY	87
ZORTRESS	91
Zovia 1/35E (28)	74
ZYDELIG	37
ZYKADIA	37
ZYLET	97